

AG-Anmeldung für das Schuljahr 2024/25 am Schulverbund Löffingen

Name des Kindes: _____ Klasse: _____
(Vor-und Zuname des Kindes, bitte in Druckschrift)

bitte ankreuzen:

Hiermit melde ich mein Kind **verbindlich an** : () Ansprechpartner bei Fragen:
oder mein Kind **nimmt nicht teil** : () C.Benitz@schulverbundloeffingen.de

AG – Montag: 14:15 Uhr – 15:30 Uhr

	Vom 23.09.24 – 07.07.25
„offene AG“ für Schüler der 5.Klasse	()
„offene AG“ für Schüler der 6.Klasse	()
„offene AG“ für Schüler der 7.Klasse	()

AG – Mittwoch: 14:15 Uhr – 15:30 Uhr * bitte je Quartal nur eine AG ankreuzen

	Quartal `I vom 25.09 – 27.11.24	Quartal `II vom 04.12. - 12.02.25	Quartal `III vom 19.02. - 30.04.25	Quartal `IV vom 07.05. - 09.07.25
Fußball	()	()	()	()
Spiel/Spaß/Sport	()	()	()	()
Gruppentänze „modern“		()		()
Kochen/Backen	(ausgebucht)		(ausgebucht)	

Datum: _____ **Unterschrift:** _____
(Erziehungsberechtigte/r)