



Sozialkritischer Arbeitskreis  
Darmstadt e.V.

## VERTRAGSÄNDERUNG

**Änderung zum Leistungsvertrag für das Mittagessen an der  
Heinrich-Heine-Schule zwischen dem Sozialkritischen  
Arbeitskreis Darmstadt e.V. als Träger und den Eltern /  
Sorgeberechtigten**

Geschäftsstelle  
Rheinstraße 24  
64283 Darmstadt  
Tel. 06151 – 91 66 3 – 0  
Fax 06151 – 91 66 3 – 39  
anmeldung@ska-darmstadt.de  
www.ska-darmstadt.de

**(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)**

**Kind:**

Debitorenr.

Familienname:

Vorname:

Telefon Festnetz: (NUR bei Änderungen)

Telefon Handy: (NUR bei Änderungen)

Adresse (Straße, PLZ, Ort): (NUR bei Änderungen)

Mein Sohn / meine Tochter - Klasse ..... wird ab ..... für das Schuljahr **2019/2020**  
zum Mittagessen an der **Käthe-Kollwitz-Schule** wie folgt angemeldet:

### Mittagessen

Ein warmes Mittagessen kann von Montag - Freitag bestellt werden. Während der Ferien und sonstiger unterrichtsfreier Zeiten wird kein Mittagessen angeboten. Ein Mittagessen kostet **3,80 €**.

**Essenstage & Menüauswahl:** (das Essen wird für folgende Wochentage bestellt - bitte entscheiden Sie sich für **eine** Menülinie. Eine Kombination aus beiden Menüs ist aus organisatorischen Gründen nicht möglich.)

**Beachten Sie bitte, dass unser Cateringservice grundsätzlich kein Schweinefleisch verwendet.**

Essenswahl	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Menü 1 (nach DGE - Standard)*					
Menü 2 (vegetarisch)					

\*Wöchentlich: 2x Fleisch, 1x Fisch, 2x vegetarisch

**Ich wähle den Zukauf für mein Kind an folgenden Tagen\*\***

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
<input type="checkbox"/> 1 Stunde	<input type="checkbox"/> 1 Stunde	<input type="checkbox"/> 1 Stunde	<input type="checkbox"/> 1 Stunde	<input type="checkbox"/> 1 Stunde
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<input type="checkbox"/> 1 Tag	<input type="checkbox"/> 1 Tag	<input type="checkbox"/> 1 Tag	<input type="checkbox"/> 1 Tag

\*\* Erläuterung siehe Leistungsvertrag unter Leistungsumfang Zukaufstunden

**Besondere Auffälligkeiten bei Ihrem Kind:** (bspw. Allergien / chronische Krankheiten / Sonstiges)

Dieses Formular dient lediglich zur Änderung der Essenstage, daher gelten die im Vertrag vereinbarten Regelungen. Im Falle einer Ungültigkeit oder Undurchführbarkeit einer Bestimmung, bleibt die Wirksamkeit des Vertrages (Anmeldung) im Übrigen unberührt.

**Vertragsunterschrift** (Unterschrift zwingend erforderlich)

*Darmstadt, den*  
Ort, Datum

*Darmstadt, den*  
Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte\*r

Unterschrift des Trägers