

\_\_\_\_\_  
Name/n, Vorname/n Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon tagsüber

Amt Südangeln  
Schulverwaltung  
Toft 7  
24860 Böklund

### **Kündigung**

Ich/Wir kündige/n die Teilnahme am

- |                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Frühbetreuung        |
| <input type="checkbox"/> | Nachmittagsbetreuung |
| <input type="checkbox"/> | Mittagessen          |

gemäß § 6 der Benutzungs- und Gebührensatzung der Boy-Lornsen-Schule

Südangeln für

meine/n Tochter/Sohn, \_\_\_\_\_,

Klasse \_\_\_\_\_, zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift