Wissenschaftsstadt
Darmstadt

Der Magistrat

Leistungen
Bestätigung über die Teilnahme an der gemeinschaftlichen Mittagessensversorgung

Amt für Soziales und Prävention
Abt. Existenzsicherung SGB VII

Postfach 11 10 61
64225 Darmstadt

Für

Name, Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum des Kindes _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Weitere Informationen:

Name der Einrichtung _____

Namen des Leistungsanbieters des Mittagessens _____

Preis pro Essen bzw. Höhe der Pauschalzahlung _____

Seit wann nimmt das Kind an der Verpflegung teil _____

Datum _____

Unterschrift und Stempel der Einrichtung _____

50/286 – 09.25

Mitglied im Erfolgsfaktor Familie Unternehmensnetzwerk