

**Leistungen BuT -
Bestätigung über die Teilnahme an der ge-
meinschaftlichen Mittagessensversorgung**



Wissenschaftsstadt
Darmstadt



**Amt für Soziales und Prävention
Abt. Soziale Hilfen**

Postfach 11 10 61
64225 Darmstadt

Der Magistrat

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

Für welchen Zeitraum ist das oben genannte Kind zum Essen angemeldet?

Über welchen Zeitraum erfolgt der Geldeinzug?

Datum

Unterschrift und Stempel der Einrichtung