

## KÜNDIGUNG

### des Mittagessens an der Grundschule Plattenwald

Hiermit kündige ich/kündigen wir das Mittagessen meines/unseres Kindes

\_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

an der Grundschule Plattenwald zum

\_\_\_\_\_.

Bad Friedrichshall, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter 1

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigter 2

**Die Kündigungsfrist beträgt jeweils 4 Wochen zum Monatsende.**

**Bitte leserlich ausfüllen.**

Datum/ Unterschrift Sekretariat/ Kernzeitleitung

\_\_\_\_\_

Stadt Bad Friedrichshall  
Rathausplatz 1  
74177 Bad Friedrichshall  
Telefon: 07136 – 832-112  
Fax: 07136 – 832-104

Fachbereich I Verwaltung und Finanzen  
Sachgebiet 11  
Schule, Kindergärten und Sport