

# Beitrittserklärung

Krefeld den, 16.02.17

## Mitgliedsschule:

Name der Schule

Schulform

Anzahl der Schüler (falls bekannt):

Straße

PLZ Ort

## Schulpflegschaftsvorsitzende/r:

Name ,

Straße

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Laut Beschluss der Schulpflegschaft vom \_\_\_\_\_ beantragen wir die Mitgliedschaft in Stadtschulpflegschaft Krefeld e.V. Die gültige Satzung ist uns bekannt.

Von der Schulpflegschaft sind untenstehende Delegierte und deren Stellvertreter für das Schuljahr \_\_\_\_\_ gewählt.

Der Mitgliedsbeitrag pro Schuljahr richtet sich nach der Größe der Schule:

> 600 Schüler und Schülerinnen 50 €

< 600 Schüler und Schülerinnen 20 €

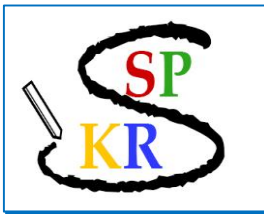
Der Beitrag wird am Anfang des Geschäftsjahres (Kalenderjahr) nach Erhalt der Rechnung auf das Konto des Stadtschulpflegschaft Krefeld e.V. überwiesen. Der Rechnungsempfänger ist über diesen Beitrag informiert.

Wir sind damit einverstanden, dass die unten genannten Namen mit Bezug auf die jeweilige Schule bei Bedarf auf der Homepage der Stadtschulpflegschaft Krefeld veröffentlicht werden. (ggf. bitte durchstreichen). Darüber hinaus sind wir mit der Weitergabe der Mail-Adressen zu Zwecken der in der Satzung verankerten Ziele sowie Veröffentlichungen von Bildern, die u.a. auf Veranstaltungen gemacht werden einverstanden.

Bitte wählen sie auf den Schulpflegschaftssitzungen ausreichend (max.4) Ersatzdelegierte, damit Ihre Schule mit ausreichend Stimmen vertreten ist.

Stadtschulpflegschaft Krefeld  
c/o Claudia Wichmann  
Heyenbaumstr. 104a  
47802 Krefeld

<https://www.fb.com/sspkrefeld/>  
[vorstand@ssp-kr.de](mailto:vorstand@ssp-kr.de)



Name der Schule

**Delegierte(r):**

Name

Vorname

Straße

PLZ Ort

Tel

Handy

E-Mail

**2.Delegierte(r) ( > 600 Schüler)**

Name

Vorname

Straße

PLZ Ort

Tel

Handy

E-Mail

---

**Ersatzdelegierte(r):**

Name

Vorname

Straße

PLZ Ort

Tel

Handy

E-Mail

**Ersatzdelegierte(r):**

Name

Vorname

Straße

PLZ Ort

Tel

Handy

E-Mail

---

**Ersatzdelegierte(r):**

Name

Vorname

Straße

PLZ Ort

Tel

Handy

E-Mail

**Ersatzdelegierte(r):**

Name

Vorname

Straße

PLZ Ort

Tel

Handy

E-Mail