# Adressänderung/Namensänderung

LSB SportService Brandenburg gGmbH

Olympischer Weg 7

14471 Potsdam

Tel.: 0331 / 58 567-204

Ich/Wir möchte/n Sie über die Änderung

Unseres Namens/ unserer Adresse informieren.

­

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PK-Nummer:** |  |  |  |  |  |  | **Name des Kindes:** |       |

**Alte Angaben**

1. Personensorgeberechtigter 2. Personensorgeberechtigter

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |       |  |       |
|  | Name  |  | Name  |
|  |       |  |       |
|  | Vorname |  | Vorname |
|  |       |  |       |
|  | Straße |  | Straße |
|  |       |  |       |
|  | PLZ/Ort |  | PLZ/Ort |

**Neue Angaben**

1. Personensorgeberechtigter 2. Personensorgeberechtigter

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |       |  |       |
|  | Name  |  | Name  |
|  |       |  |       |
|  | Vorname |  | Vorname |
|  |       |  |       |
|  | Straße |  | Straße |
|  |       |  |       |
|  | PLZ/Ort |  | PLZ/Ort |
|  |       |  |       |
|  | Telefon |  | Telefon |
|  |       |  |       |
|  | Email |  | Email |

**Angaben zur Wohnsituation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  gemeinsamer Haushalt | [ ]  zieht zur Mutter | [ ]  zieht zum Vater |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Datum / Unterschrift 1. Personensorgeberechtigten |  | Datum / Unterschrift 2. Personensorgeberechtigten |  | Kenntnisnahme der Leitung |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*Bei Namensänderungen bitte den entsprechenden Nachweis in Kopie beifügen.