

# Gemeinde Oberried

## Kernzeitbetreuung an der Michael-Schule



### Anmeldung für die Kernzeitbetreuung an der Michael-Schule

#### 1. Betreuungsumfang

Hiermit melde ich mein Kind für die Kernzeitbetreuung bez. Nachmittagsbetreuung **verbindlich** an.

- Modul 1** 07.00 Uhr - 08.30 Uhr (Betreuung nur morgens)
- Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag
- Modul 2** 07.00 Uhr - 14.00 Uhr
- Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag
- Modul 3** 07.00 Uhr - 16.30 Uhr (inkl. Hausaufgabenbetreuung)
- Montag  Dienstag  Mittwoch  Donnerstag  Freitag

Die Anmeldung in der Nachmittagsbetreuung beinhaltet die Verpflichtung zur Teilnahme am gemeinschaftlichen Mittagessen. Die Betreuung kann derzeit nur an nachgewiesenen Arbeitstagen der Eltern erfolgen.

Ab (Datum): \_\_\_\_\_

#### 2. Angaben über Sohn/Tochter

Name, Vorname \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

#### 3. Angaben für die Erziehungsberechtigten

##### a. Mutter

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**b. Vater**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon privat \_\_\_\_\_  
Telefon mobil \_\_\_\_\_  
Telefon Geschäft \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

**4. Angaben zu Geschwistern**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

**5. Im Notfall benachrichtigen**

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**6. Allergien, Krankheiten, Medikamente**

Mein/Unser Kind leidet an folgenden Allergien, chronischen Krankheiten oder Ähnlichem:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mein/Unser Kind muss folgende Medikamente einnehmen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. Einverständniserklärung**

- a. Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind an Ausflügen, Spaziergängen und anderen Aktivitäten, falls diese nicht auf dem Schulgelände stattfinden, teilnimmt.
- b. Ich bin damit einverstanden, dass für die unter 7.a.genannten Aktivitäten in der Ausnahmefällen Privatautos genutzt werden.
- c.  Mein Kind soll zu den vereinbarten Betreuungszeiten regelmäßig die Kernzeitbetreuung besuchen.  
 Mein Kind kann selbst entscheiden, wann es die Kernzeitbetreuung besucht. Die Betreuungskräfte fragen bei einem Fehlen des Kindes nicht nach.
- d. Ich gebe mein Einverständnis, dass mein Kind nach der vereinbarten Betreuungszeit alleine nach Hause gehen darf.  ja  nein
- e. Ich erkläre, dass mein Kind von den nachfolgend aufgeführten Begleitpersonen (Vor- und Nachname, Anschrift) in meinem Auftrag abgeholt wird.  
\_\_\_\_\_
- f. Ich habe die Satzung für die Kernzeit- und Nachmittagsbetreuung erhalten und gelesen. Diese ist Grundlage für die Anmeldung.

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten**

## 8. Einzugsermächtigung für die Beiträge und den Kostenersatz Mittagessen

### SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

**Gemeinde Oberried**

**Klosterplatz 4**

**79254 Oberried**

Gläubiger-Identifikationsnummer:

**DE24ZZZ00000134658**

Mandatsreferenz/(Buchungszeichen wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

- **Beiträge für die Kernzeitbetreuung und Nachmittagsbetreuung**
- **Kostenersatz für das Mittagessen**

Art der Zahlung:

**Wiederkehrende Zahlung**

<b>Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):</b>	
<b>Straße und Hausnummer:</b>	
<b>Postleitzahl und Ort :</b>	<b>Land::</b>
<b>IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):</b>	
<b>BIC (8 oder 11 Stellen):</b>	

1. Ich ermächtige/ wir ermächtigen die Gemeinde Oberried, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

2. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Oberried auf mein/ unser Konto gezogene Lastschrift/ gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

<b>Ort/Location</b>	<b>Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):</b>
<b>Unterschrift (en) des/ der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-s) / Signature (s) of the debtor:</b>	

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem die Kenntnisnahme von und Zustimmung zu folgenden Details und Informationen:**

- a) Die Beiträge für die Kernzeit und Nachmittagsbetreuung werden für 11 Monate erhoben (September bis Juli). **Der Monat August ist gebührenfrei.**
- b) Der Betrag wird jeweils im Voraus zum 1. des Monats fällig.
- c) Der Kostenersatz für das Mittagessen ist im Beitrag nicht enthalten und wird separat im Nachhinein abgerechnet.
- d) Ich verpflichte mich, zum Abbuchungstermin des Beitrags und des Kostenersatzes für eine ausreichende Deckung meines Kontos zu sorgen.
- e) Eventuell entstehende Rücklastschriftgebühren wegen unzureichender Deckung oder unberechtigtem Widerspruch sind von mir zu tragen.
- f) Änderungen der Bankverbindung sind direkt schriftlich dem Schulsekretariat mitzuteilen.
- g) Die Abbuchungsermächtigung gilt für die Beiträge und den Kostenersatz für das Mittagessen aller in der Kernzeit- und Nachmittagsbetreuung untergebrachten Kinder meiner Familie.
- h) Die Anmeldung erfolgt für ein Schuljahr und verlängert sich automatisch um ein weiteres Schuljahr, sollte nicht bis zum 15.06. des laufenden Schuljahres eine Abmeldung zum Ende des laufenden Schuljahres erfolgen. Zum Ende der 4. Klasse endet die Teilnahme automatisch.

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Kontoinhabers**