

Anmeldung zur Schulkindbetreuung: Außenstelle Hillerschule Metterzimmern

Ich/Wir

Name, Vorname Erziehungsberechtigte/r

Telefon

Straße, PLZ Wohnort

E-Mail

melde/n mein/unser Kind (bitte für jedes Kind einen Bogen ausfüllen)

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Klasse

ab dem _____ für die Schulkindbetreuung an.

Datum der Aufnahme

Ich/Wir wünschen eine Betreuung (bitte ankreuzen)

Verlässliche Grundschule	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
vor dem Unterricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nach dem Unterricht bis 14 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entgelte siehe Anlage 1 zur Benutzungsordnung für die Schulkindbetreuung

Ich/Wir bin/sind Inhaber des städtischen Familienpasses.

Die Abmeldung kann nur auf das Ende eines Monats erfolgen, sie ist schriftlich spätestens bis zum 15. des jeweiligen Monats abzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Angaben über die Eltern

Mutter

Name, Vorname		Straße Hausnummer, PLZ Wohnort	
Staatsangehörigkeit		sorgeberechtigt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Arbeitsstätte			
in Notfällen erreichbar	Telefon privat	Telefon geschäftlich	
	Telefon mobil	E-Mail	

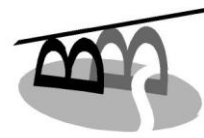
Vater

Name, Vorname		Straße Hausnummer, PLZ Wohnort	
Staatsangehörigkeit		sorgeberechtigt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Arbeitsstätte			
in Notfällen erreichbar	Telefon privat	Telefon geschäftlich	
	Telefon mobil	E-Mail	

Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, das Kind am gewünschten ersten Besuchstag nur dann in die Schulkindbetreuung zu geben, wenn weder das Kind noch ggf. eine in der Wohngemeinschaft lebende Person in den letzten sechs Wochen vor dem ersten Besuchstag an einer übertragbaren Krankheit (z. B. Diphtherie, Masern, Röteln, Scharlach, Windpocken, Keuchhusten, Mumps, Tuberkulose, Kinderlähmung, Gelbsucht, übertragbare Erkrankungen von Augen, Haut oder Darm) erkrankt oder durch Läuse, Flöhe oder Milben befallen war.

Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, das Kind sofort vom Besuch der Schulkindbetreuung zurückzuhalten, wenn bei ihm oder ggf. in der Wohngemeinschaft eine übertragbare Krankheit oder ein Befall durch Läuse oder Flöhe auftritt oder sich der Verdacht einer/s solchen ergibt. Erkrankt das Kind an einer übertragbaren Krankheit, wird ein Befall durch Läuse oder Flöhe festgestellt oder wird es dessen verdächtigt, wird die Leitung der Schulkindbetreuung unbeschadet sonstiger Meldepflichten unverzüglich verständigt.

Ort, Datum	Unterschrift Sorgeberechtigte/r	Unterschrift Sorgeberechtigte/r
------------	---------------------------------	---------------------------------

**1. Zahlungspflichtiger**

Name	Vorname
Anschrift	

2. Zahlungsempfänger

Gläubigerin Stadt Bietigheim-Bissingen Amt f. Bildung, Jugend und Betreuung Postfach 1762 74307 Bietigheim-Bissingen	Kontakt K. Kunzmann Kirchplatz 5 Fax: 07142/74-256 k.kunzmann@bietigheim-bissingen.de www.bietigheim-bissingen.de Gläubiger-Identifikations-Nr. DE33ZZZ00000312685
--	--

3. Bankverbindung

Name des Zahlungspflichtigen	
Kontoinhaber sofern abweichend (Name, Vorname)	
Name des Kreditinstituts	
IBAN	BIC (8 oder 11 Stellen)

4. Mandatsreferenz/Buchungszeichen**Beitrag für die Schulkindbetreuung**

Buchungszeichen

5.0204.

Name/Vorname des ersten Kindes, das die Schulkindbetreuung besucht
Name/Vorname des zweiten Kindes, das die Schulkindbetreuung besucht

5. Ausführungsmodalitäten Wiederkehrende SEPA-Lastschrift Einmalige SEPA-Lastschrift**6. SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige/n die Stadt Bietigheim-Bissingen, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Bietigheim-Bissingen auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Ich/Wir kann/können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Diese Einzugsermächtigung umfasst

- den Beitrag für 12 Monate des Betreuungsjahres, also auch für evtl. Ferienmonate. Dies gilt auch während einer Krankheit sowie beim Ausscheiden des Kindes infolge des Übertrittes in die Grundschule,
- die Beiträge für alle die Schulkindbetreuung besuchenden Kinder meiner Familie wie oben angeführt,
- den Beitrag für den Folgemonat, wenn nicht rechtzeitig vor Beginn des neuen Monats das Kind von der Schulkindbetreuung abgemeldet wird,
- die Durchführung der Abbuchung zwischen dem 01. und dem 05. des Fälligkeitsmonates. Ich verpflichte mich, zu den jeweiligen Abbuchungsterminen für ein ausreichendes Guthaben auf dem Konto zu sorgen.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 3 Schulkindbetreuung

Einverständniserklärung

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass das Kind

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße Hausnummer, PLZ Wohnort	

an Ausflügen, Spaziergängen und anderen Aktivitäten der Schulkindbetreuung, die nicht auf dem Gelände der Schule stattfinden, teilnimmt.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass für o. g. Aktivitäten ausnahmsweise Privatfahrzeuge genutzt werden.

Damit die Kooperation zwischen der Schulkindbetreuung und der Schule –Schulleitung und Lehrerkollegium – so reibungslos wie möglich funktionieren kann, bin ich/sind wir damit einverstanden, dass die städtischen Betreuer/innen und die Schulleitung/das Lehrerkollegium bei Bedarf Daten und Informationen über das o. a. Kind austauschen.

Ich/Wir bin/sind darüber informiert, dass bei Veranstaltungen der Schulkindbetreuung wie Familienausflug, Laternenfest, Sommerfest u. ä. die Aufsichtspflicht über die Kinder nicht bei den Mitarbeiter/innen der verlässlichen Grundschule, sondern bei den Personensorgeberechtigten oder den von ihnen Beauftragten liegt.

Ort, Datum	Unterschrift Sorgeberechtigte/r	Unterschrift Sorgeberechtigte/r
------------	---------------------------------	---------------------------------

Datenschutzerklärung

Die im Vertrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage geltenden Datenschutzes gespeichert und verarbeitet.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden dass die von mir angegebenen Daten elektronisch erhoben und gespeichert werden. Meine Daten werden dabei nur streng zweckgebunden zur Bearbeitung und Beantwortung von Anfragen genutzt. Meine Daten werden nur an Dritte, die im Bereich der Schulkindbetreuung sind, sowie den notwendigen Stellen in der Stadtverwaltung weitergegeben.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit durch Nachricht an das Amt für Bildung, Jugend und Betreuung widerrufen. Im Falle des Widerrufs wird somit das Betreuungsverhältnis beendet und meine Daten werden umgehend gelöscht.

Die Benutzungsordnung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum	Unterschrift Sorgeberechtigte/r	Unterschrift Sorgeberechtigte/r
------------	---------------------------------	---------------------------------