



Anmeldung für das offene Ganztagsangebot

- Formular für Eltern bzw. Erziehungsberechtigte -

1. Angaben zur angemeldeten Schülerin/zum angemeldeten Schüler

Name der angemeldeten Schülerin/des angemeldeten Schülers:	
Anschrift der angemeldeten Schülerin/des angemeldeten Schülers:	
Klasse/Jahrgangsstufe:	Geburtsdatum:

2. Angaben zu den Erziehungsberechtigten

Sorgeberechtigt: Mutter Vater Beide Sonstige: _____

Mutter

Vater

Name :	Name :
Anschrift :	Anschrift :
tagsüber erreichbar unter:	tagsüber erreichbar unter:

Die Schülerin / der Schüler wird hiermit für das offene Ganztagsangebot am

Konrad Max Kunz Realschule Schwandorf

Senefelderstraße 14, 92421 Schwandorf für

das Schuljahr **2023/2024 verbindlich** angemeldet.

Die Anmeldung für die Angebote der Förderung und Betreuung in dem offenen Ganztagsangebot gilt für einen Zeitraum von _____ Nachmittagen.

Die genauen Zeiten der Förderung und Betreuung werden zu Beginn des Schuljahres festgelegt.

3. **Betreuungszeiten durch die Ganztagsbetreuung:**

Montag bis Donnerstag von 12.30 Uhr bis 16.00 Uhr!

Die Mindestanmeldung beträgt 2 Nachmittage bis grundsätzlich 16 Uhr pro Unterrichtswoche!

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Die Anmeldung für die Angebote der Förderung und Betreuung in dem offenen Ganztagsangebot erfolgt für:

- 2 Tage
- 3 Tage
- 4 Tage

Mein Kind besucht die Ganztagsbetreuung pro Woche an folgenden Tagen:

- Mo Di Mi Do

4. Weitere Angaben

Mein / Unser Kind darf abgeholt werden von (Name und Telefonnummer):

Unser/Mein Kind darf alleine nach Hause gehen

Ja Nein

Das Betreuungspersonal ist berechtigt die Fotos mit der Abbildung des Kindes für öffentliche Auftritte (Internet, Presse, Flyer) zu benutzen:

Ja Nein

Verzehr von Schweinefleisch.

Ja Nein

Umstände die besonders zu beachten sind (z.B. gesundheitliche Probleme):

Mein / Unser Kind hat folgende Lebensmittelunverträglichkeiten/Allergien:

Mein / Unser Kind benötigt dauerhaft Medikamente:

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Mein / Unser Kind nimmt eigenverantwortlich diese Medikamente(Personal übernimmt keine Haftung)

Ja Nein

Wenn nein (Medikament kann nur nach ärztlicher Einweisung verabreicht werden).

Erklärung der Erziehungsberechtigten:

1. Uns/Mir ist bekannt, dass die Anmeldung für das oben genannte Schuljahr verbindlich ist. Die angemeldete Schülerin / der angemeldete Schüler ist im Umfang der angegebenen Nachmittage zum Besuch des offenen Ganztagsangebotes als schulischer Veranstaltung verpflichtet. Befreiungen von der Teilnahmepflicht bzw. eine Beendigung des Besuches während des Schuljahres können von der Schulleitung nur in begründeten Ausnahmefällen aus zwingenden persönlichen Gründen gestattet werden.
2. Uns/Mir ist bekannt, dass die Anmeldung unter dem Vorbehalt steht, dass das offene Ganztagsangebot an der oben bezeichneten Schule staatlich genehmigt bzw. gefördert wird und die notwendige Mindestteilnehmerzahl erreicht wird bzw. die beantragte und genehmigte Gruppenszahl tatsächlich zustande kommt. Es besteht kein Rechtsanspruch auf eine ganztägige Förderung und Betreuung im Rahmen des offenen Ganztagsangebote

3. Uns/Mir ist bekannt, dass für die offenen Ganztagsangebote die Bestimmungen der Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Bildung und Kultus, Wissenschaft und Kunst zu offenen Ganztagsangeboten an Schulen in der jeweils gültigen Fassung verbindlich sind. Mit deren Geltung erklären wir uns einverstanden und beantragen hiermit die Aufnahme unseres Kindes in das offene Ganztagsangebot an der oben bezeichneten Schule.

4. Uns/Mir ist bekannt, dass im Rahmen der offenen Ganztageschule angebotene Mittagessen mit voraussichtlich 4,30 € / Tag berechnet wird. Diese werden im Folgemonat per Lastschriftmandat abgerechnet. Ebenso wird zu Beginn des Jahres ein Umkostenbeitrag für weitere Angebote von 30,00 € berechnet.

Die Anmeldung erfolgt verbindlich durch die nachfolgende Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Rahmenbedingungen:

Die Teilnahme an der Ganztagsbetreuung ist für die Schüler/-innen verpflichtend.

Bei jeglicher Abwesenheit, bzw. Verhinderung – auch stundenweise – muss das Einverständnis der Schulleitung schriftlich eingeholt werden.

Schüler werden vom Besuch ausgeschlossen, wenn eine ansteckende Erkrankung vorliegt (Mitteilungspflicht der Erziehungsberechtigten), der Einrichtungsbetrieb nachhaltig gestört wird und/oder den Anweisungen des Personals nicht Folge geleistet wird.

Auf dem Weg zur und von der Einrichtung unterliegt das Kind nicht der Aufsicht und Verantwortung des Betreuungspersonals. Die Schüler sind jedoch während ihres Aufenthaltes und auf dem Weg zur und von der Einrichtung gesetzlich unfallversichert.

Entstandene Haftungsschäden unter den einzelnen Schülern und gegenüber Dritten müssen über die private Haftpflichtversicherung der Personensorgeberechtigten abgegolten werden.

Mit den Aufnahmebedingungen erkläre ich mich einverstanden:

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

AWO Kreisverband Schwandorf e.V. oGTS KMK Realschule

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Ettmannsdorfer Str. 12

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

92421 Schwandorf

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE68ZZZ00000223979

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: **Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment** **Einmalige Zahlung / One-off payment****Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:**

Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):**BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**