



ANMELDUNG ZUR KINDERBETREUUNG ab dem Schuljahr 20_____

1.) Anmeldung: Hiermit melde ich mein Kind

Name des Kindes: _____ Geb. Datum _____

Klasse: _____ verbindlich zur Kernzeitbetreuung ab (Monat) _____ an.

Name der Eltern: _____
1. Erziehungsberechtigte(r), 2. Erziehungsberechtigte(r)

Straße Nr. _____ PLZ, Ort _____

E-Mail: _____

Tel. _____ Mobil: _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Betreuungszeit morgens	7.00 Uhr - 7.50 Uhr	7.00 Uhr - 7.50 Uhr	7.00 Uhr - 7.50 Uhr	7.00 Uhr - 7.50 Uhr	7.00 Uhr - 7.50 Uhr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittags – Betreuung	11.20 Uhr – 12.15Uhr	11.20 Uhr - 12.15Uhr	11.20 Uhr - 12.15Uhr	11.20 Uhr - 12.15Uhr	11.20 Uhr - 12.15 Uhr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12.15 Uhr – 13.00Uhr	12.15 Uhr- 13.00 Uhr	12.15 Uhr – 13.00 Uhr	12.15 Uhr – 13.00 Uhr	12.15 Uhr – 13.00 Uhr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13.00 Uhr- 13.55 Uhr	13.00 Uhr- 13.55 Uhr	13.00 Uhr- 13.55 Uhr	13.00 Uhr- 13.55 Uhr	13.00 Uhr- 13.55 Uhr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensa ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wochenbetreuungsplan meines Kindes: Zutreffende Zeiten bitte ankreuzen X

2.) Notfallnummern falls Sie nicht erreichbar sind (z. B. Arbeit, Großeltern, Nachbarn)

3.) Mein Kind hat folgende Allergien / muss Medikamente einnehmen:

4.) Zahlungsweise für Betreuungskinder

Variante I: Abbuchung mit SEPA Lastschriftmandat

Festbuchung 25 € monatlich für das 1. Kind. Sinnvoll bei einem
Betreuungsbedarf ab 9 Tage pro Monat. Für jedes weitere Geschwisterkind, bezahlen Sie **15,00 € /**
Monat. Die Abbuchung erfolgt
für 11 Monate (August keine Abbuchung).



Variante II: Zehnerkarte (erhältlich in der Betreuung)

Zehnerkarte 30 €, bei geringem Bedarf / Monat

Ein Stempel – entspricht einen ganzen Betreuungstag, egal ob man nur morgens, mittags oder für
beide Zeiten die Betreuung in Anspruch nimmt. Betrag für einen ganzen Tag 7.00 – 13.55 Uhr = 3 €

5.) Verpflegung

Ihr Kind darf gerne eine Brotzeit mitbringen und in der Betreuung essen. Im Rahmen der Betreuung kann Ihr Kind in der Mensa für ein Mittagessen (städtisches Mensasystem Samson, Info, Essenszeiten + Anmeldung über das Sekretariat).

6.) Wie kommt mein Kind nach Hause:

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind zu den vereinbarten Zeiten selbstständig die Betreuungsräumlichkeiten verlassen darf. Vereinbarte Uhrzeit: _____

Mein Kind wird durch folgende Personen abgeholt: _____

7.) Medien, Fotografien

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind auf Fotografien zum Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit abgebildet ist und diese unter Umständen auch in Zeitungen veröffentlicht wird.

Ich bin nicht damit einverstanden.



Mit meiner Unterschrift nehme ich folgende Punkte zur Kenntnis

1. Änderungen des oben genannten Betreuungsbedarfes meines Kindes müssen schriftlich beim Betreuungspersonal gemeldet werden (Änderungsmitteilung auf der Homepage)
2. kurzfristige Änderungen des Betreuungsbedarfes können schriftlich oder per Telefon an das Betreuungspersonal erfolgen Tel-Nr.: 07961/84896, Telefon Zeiten: Mo – Fr 7.00 -7.30 Uhr und 11.30 Uhr-12.00 Uhr
3. Bei Nichtbezahlung der Betreuungsgebühren wird Ihr Kind von der Betreuung ausgeschlossen.
4. Für die Inanspruchnahme der Kinderbetreuung ist die Mitgliedschaft im Förderverein Voraussetzung
5. erkenne ich die Vereinssatzung und die Betreuungsordnung an

SEPA-Lastschriftmandat für die Betreuung

Ich ermächtige den „Förderverein Mittelhofschule e.V.“ Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem „Förderverein Mittelhofschule e.V.“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorabankündigung: die Lastschrift wird monatlich eingezogen

Kontoinhaber _____

IBAN DE__ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Bank / BIC _____

Ort, Datum, Unterschriften: 1. Erziehungsberechtigte(r), 2. Erziehungsberechtigte(r)

Verteiler: 1. Kasse, 2. Schriftführer, 3. Vorstand