



Gemeinde Erkenbrechtsweiler Bürgermeisteramt

Anmeldung zur Schulkindbetreuung

Ich/Wir

Name, Vorname Erziehungsberechtigte/r

Telefon

Straße, PLZ Wohnort

E-Mail

melde/n mein/unser Kind zur Betreuung an ab dem:

Datum Beginn der Betreuung

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Klasse

Unser Kind besucht die Nachbarschaftsgrundschule Erkenbrechtsweiler- Hochwang. Wir wünschen folgende Betreuung (bitte Wochentag/e ankreuzen; einzelne Module sind wählbar, aber nicht austauschbar). Die Anmeldung gilt **verbindlich** für ein Schuljahr.

	Uhrzeiten	Tage				
		Mo	Di	Mi	Do	Fr
Modul 1	7:15 – 8:30 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modul 2	11:00 – 12:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modul 3	12:00 – 13:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modul 4	13:00 – 13:30 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modul 5	13:30 – 15:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modul 6	15:00 – 16:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Modul 7	16:00 – 17:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Änderungen oder Kündigungen können nur schriftlich und ausnahmsweise angenommen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Anmeldebogen – Angaben zum Kind

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort und –land	
Staatsangehörigkeit	Geschlecht		Konfession
PLZ Wohnort		Straße Hausnummer	
gewünschtes Aufnahmedatum		Austrittsdatum	
Name des Hausarztes			
Straße Hausnummer, PLZ Wohnort des Hausarztes			Telefonnummer des Hausarztes
Krankenkasse		Name, unter dem Kind mitversichert ist	
Anzahl und Geburtsjahr der Geschwister des Kindes			

Besondere Vermerke (z. B. Impfungen mit Datum, überstandene Krankheiten, Allergien, Auffälligkeiten in der frühkindlichen Entwicklung)

--

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

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

Anlage 2 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 kommunalen Betreuer/innen und die Schulleitung/das Lehrerkollegium bei Bedarf Daten und Informationen über das o. a. Kind austauschen.

Einwilligungserklärung zum Recht am eigenen Bild gemäß Kunsturhebergesetz

- Ich/Wir sind damit einverstanden, dass während des Aufenthalts in der Betreuungseinrichtung mein/unser Kind abgelichtet werden kann. Ich/Wir sind uns bewusst, dass mein/unser Kind deutlich erkennbar sein kann und willige einer Veröffentlichung, z.B. im Amtsblatt, für eine Fotomontage, Fotokalender oder für den Aushang in den Betreuungsräumen zu. Einer Veröffentlichung kann jederzeit widersprochen werden.

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/ wir uns 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 Gemeindeverwaltung weitergegeben. Diese Einwilligung kann ich jederzeit durch Nachricht an das Hauptamt, Frau Martini widerrufen. Im Falle des Widerrufs wird somit das Betreuungsverhältnis beendet und meine Daten werden umgehend gelöscht.

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

Anlage 3



Gemeinde Erkenbrechtsweiler
Bürgermeisteramt

SEPA-Lastschriftmandat

Gemeindeverwaltung Erkenbrechtsweiler
Gemeindekasse
Uracher Straße 2
73268 Erkenbrechtsweiler

ZAHLUNGSPFLICHTIGE/R

Familienname		Vorname	
Straße		Hausnr.	PLZ Ort
Telefon (Angabe freiwillig)		Fax (Angabe freiwillig)	E-Mail (Angabe freiwillig)

BANKVERBINDUNG

Kontoinhaber/in (Familienname, Vorname)		Kreditinstitut	
DE			
IBAN (immer 22 Stellen) (Kto-Nr.)			
BIC (8 oder 11 Stellen)			

ZAHLUNGSEMPFÄNGER

KASSENZEICHEN/MANDATSREFERENZ

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige die Gemeindeverwaltung Erkenbrechtsweiler hiermit wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels SEPABasislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gemeindeverwaltung Erkenbrechtsweiler auf mein Konto gezogene(n) Lastschrift(en), einzulösen.

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

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/-in