



**Verbindliche Neuanmeldung für die Teilnahme am Ganztagsangebot der  
 Peter-Schöffers-Schule Gernsheim ab:**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Allergien/Beeinträchtigungen usw.: \_\_\_\_\_

Das Kind soll teilnehmen an (bitte ankreuzen):

<b>X</b>		<b>Betreuungszeit</b>	<b>Gebühr / Monat</b>
	<b>Frühdienst</b>	06:50 – 07:50	35,00 €
	<b>3 Tage in der Woche</b>		
	Modell 3a	ab Schulschluss bis 15:00	95,00 €
	Modell 3b	ab Schulschluss bis 17:00	115,00 €
	<b>5 Tage in der Woche</b>		
	Modell 5a	ab Schulschluss bis 15:00	125,00 €
	Modell 5b	ab Schulschluss bis 17:00	145,00 €

**An folgenden Wochentagen:**

Die Auswahl der Tage ist verbindlich und kann im Quartal nicht mehr geändert werden.

☐ Montag    ☐ Dienstag    ☐ Mittwoch    ☐ Donnerstag    ☐ Freitag

**Hinzu kommen folgende feste Kosten für das Mittagessen pro Monat:**

Betreuung an:      3 Tagen = 48,00€                      5 Tagen = 80,00€

**Daten des/der Erziehungsberechtigten**

**Mutter**

**Vater**

Name: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Tel. dienstlich: \_\_\_\_\_ Tel. dienstlich: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

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

Wenn Eltern nicht erreichbar sind, bitte folgende Person/en informieren (Name und Tel.):

Bei wem lebt das Kind (falls Eltern getrennt lebend):

Das Kind darf abgeholt werden von:

Das Kind darf alleine nach Hause gehen: ☐ ja ☐ nein

Besonderheiten / Wissenswertes:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich bin alleinerziehend    | <input type="checkbox"/> Vollzeit           | <input type="checkbox"/> Teilzeit mit ____ Stunden |
| <input type="checkbox"/> Wir sind beide berufstätig | Partner 1 <input type="checkbox"/> Vollzeit | <input type="checkbox"/> Teilzeit mit ____ Stunden |
|   | Partner 2 <input type="checkbox"/> Vollzeit | <input type="checkbox"/> Teilzeit mit ____ Stunden |

Ich versichere/ wir versichern, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mir/uns ist bekannt, dass ich verpflichtet bin/ wir verpflichtet sind, Änderungen bezüglich des Antrags (z.B. Telefon, Wohnsitzänderung, Änderung des Arbeitsverhältnisses) unverzüglich der Verwaltung mitzuteilen.

Ich nehme/ wir nehmen weiterhin zur Kenntnis, dass der Ganztagsbetrieb unverzüglich über Krankheiten, Allergien, Unverträglichkeiten und die regelmäßige Einnahme von Medikamenten zu informieren ist.

Die Anmeldung ist **im Sekretariat der Schule** abzugeben.

Bitte beachten Sie, dass sich aus der Anmeldung Ihres Kindes kein Anspruch auf einen Betreuungsplatz ableiten lässt.

Aufnahmekriterien:

- Berufstätigkeit beider Eltern
- Berufstätigkeit alleinerziehender Elternteile

Das Betreuungsentgelt ist 12 x im Jahr fällig inkl. der Sommerferien.

Die Betreuung an einzelnen schulfreien Tagen ist in den Entgeltbeträgen berücksichtigt.

Die anfallenden Entgelte sind jeweils im Voraus zum 1. Werktag eines jeden Monats fällig.

**Änderungen und Kündigungen müssen 2 Wochen vor Quartalsende im Sekretariat eingereicht werden, damit eine Umsetzung für das kommende Quartal gewährleistet werden kann!**

---

(Datum und Ort)

---

(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)

### **Bildungs- und Teilhabepaket bzw. Jugendamt**

Für Familien, die einen Anspruch auf Leistungen nach SGBII, Kinderzuschlag oder Wohngeld haben, haben die Eltern die Möglichkeit der Bezuschussung über das Bildungs- und Teilhabepaket.

Falls das Jugendamt das Betreuungsgeld für Ihr Kind trägt, bitten wir Sie, uns darüber zu informieren.

Die Anträge müssen jeweils **von den Eltern** gestellt werden.

☐ Ich werde Anträge auf Unterstützung durch das Jugendamt bzw. Bildungs- und Teilhabepaket stellen.

## SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

**DE27ZZZ00002409254**

**Mandatsreferenz:** (wird von der Schule eingetragen und in der Bestätigung mitgeteilt)

Ich ermächtige die Peter-Schöffer-Schule, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Peter-Schöffer-Schule auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

**Zahlungspflichtiger** (wenn die Erziehungsberechtigten vom Kontoinhaber abweichen):

Vor- und Nachname:

**Kontoinhaber:**

Vor- und Nachname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Name des Kreditinstituts:

IBAN:

DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_

\_\_\_\_\_  
(Datum und Ort)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Kontoinhaber/in)

**Arbeitgeberbescheinigung**  
(vom Arbeitgeber auszufüllen)

Herr/Frau \_\_\_\_\_

ist bei uns in folgendem Umfang beschäftigt:

- ☐ Montag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr
- ☐ Dienstag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr
- ☐ Mittwoch von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr
- ☐ Donnerstag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr
- ☐ Freitag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr
- ☐ Schichtdienst/Selbstständigkeit/weitere Anmerkungen (bitte erläutern):

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel, Unterschrift Arbeitgeber)