



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

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Klasse: _____

Allergien/Beeinträchtigungen usw.: _____

Das Kind soll teilnehmen an (bitte ankreuzen):

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

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Vater

Name: _____

Vorname: _____

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 Teilhabe 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)