

Anmeldung zur Mittagsbetreuung GTK Freitag Karl-Sittler Schule

Vor- und Zuname der/des Erziehungsberechtigten

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefon Handy

Hiermit melde/n ich/ wir mein/unser Kind

Name: _____ geb. : _____

für das Schuljahr 2023/2024 zur Mittagsbetreuung am Freitag verbindlich an:

Karl-Sittler GS: bis 14.00 Uhr bis 15.30 Uhr bis 17.00 Uhr

Mein Kind nimmt am warmen Mittagessen
am Freitag (4,00 €/pro Essen) teil: ja nein

Die Mittagsbetreuung endet je nach Anmeldung um 14:00, 15:30 oder spätestens 17:00 Uhr.
Damit endet auch unsere Aufsichtspflicht.

Arbeitgeber der Mutter:

Name, Adresse, Tel. am Arbeitsplatz

Arbeitgeber des Vaters:

Name, Adresse, Tel. am Arbeitsplatz

Telefonnummer für den Notfall: _____

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

Ich bin damit einverstanden, dass die Mittagsbetreuung mit der Schulleitung, den Lehrkräften und dem übrigen pädagogischen Personal an der Schule Informationen im Hinblick auf die Situation des Kindes austauscht.

Ich weiß, dass ich jede Änderung der Mittagsbetreuung schriftlich mitteilen muss.

Die Kündigung muss schriftlich jeweils zum Monatsende erfolgen. Dabei muss eine vierteljährliche Kündigungsfrist eingehalten werden. Kürzungen der Tage und eine Änderung der Buchungszeiten innerhalb eines Schuljahres können ab Oktober nicht mehr berücksichtigt werden.

Ich willige ein, dass die Kolpingfamilie Poing e.V. folgende Daten zur Vertragserfüllung und bis zum Ende der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist speichert: Name, Anschrift, Telefonnummern, Bankverbindung und Arbeitsstätte der Eltern und Name, Anschrift und Geburtsdatum meines Kindes.

Ich willige ein, dass die Kolpingfamilie Poing e.V. personenbezogene Daten meines Kindes an die jeweilig zuständigen Betreuerinnen meines Kindes weitergibt.

Einwilligung des Erziehungsberechtigten/der Erziehungsberechtigten ja, ich willige ein

Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Kolpingfamilie Poing e.V.
Claudia Demmel
Friedensstr. 1
85586 Poing

Gläubiger ID: DE 68ZZZ00001174191

SEPA Lastschriftmandat

Vor- und Zuname der/des Erziehungsberechtigten

Name des Kindes Klasse

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort

E-Mail Adresse

SEPA Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige/n Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.

IBAN

BIC

Name und Ort des Geldinstitutes

Name und Vorname des Kontoinhabers

Datum, Unterschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers