

# Betreuungsvertrag/Anmeldung zum Angebot der GSW für das Schuljahr 2017/2018

## Erziehungsberechtigte:

Name, Vorname:

---

Anschrift:

---

Telefon (privat, Mobil):

---

Weiterer Ansprechpartner/Vertrauensperson für den Notfall (Name, Telefon):

---

---

Ich melde meine/n Tochter/Sohn:

Klasse:

---

wohnhaft in:

---

geboren am:

---

verbindlich für folgende/s Betreuungsangebot im Schuljahr 2017/2018 an  
**(bitte Zutreffendes ankreuzen):**

Vormittags- betreuung:	07:00 Uhr – 09:00 Uhr 11:45 Uhr – 12:30 Uhr	<input type="checkbox"/> 22,50 EUR/Monat (Vormittagsangebot, ohne Kurse, Ferien 2,50 EUR/Tag)
---------------------------	--	---

Nachmittags- betreuung:	11:45 Uhr – 17:00 Uhr	<input type="checkbox"/> 33,75 EUR/Monat (Nachmittagsangebot inkl. Kurse und Ferien)
----------------------------	-----------------------	--

Ganztags- betreuung:	07:00 Uhr – 17:00 Uhr	<input type="checkbox"/> 56,25 EUR/Monat (Ganztagsangebot inkl. Kurse und Ferien)
-------------------------	-----------------------	---

Betreuung 1 Tag/Woche <b>(bitte Wochentag angeben):</b>	.....	<input type="checkbox"/> 11,25 EUR/Monat (für 1 Tag/Woche inkl. Kurse an diesem Tag, Ferien 2,50 EUR/Tag)
---	-------	---

## 1. Hausaufgabenbetreuung

Wird von Ihnen gewünscht, dass Ihr Kind an der Hausaufgabenbetreuung täglich  
(entsprechend dem gewählten Betreuungsangebot) teilnimmt?

Ja

Nein

## 2. Abholung/Heimweg

Bitte angeben, wenn Ihr Kind mit dem Bus nach Hause fahren soll:

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
Abfahrt/Uhrzeit:	.....	.....	.....	.....	.....
Ort/Bushaltestelle <sup>1</sup> :	.....	.....	.....	.....	.....

- oder:  Mein Kind darf allein nach Hause gehen und zwar immer um: ..... Uhr.
- oder:  Mein Kind wird abgeholt.

## 3. Ferienbetreuung/Bedarfsermittlung (07:00 Uhr - 17:00 Uhr)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
<b>Herbst- ferien</b>	16.10.2017 <input type="checkbox"/>	17.10.2017 <input type="checkbox"/>	18.10.2017 <input type="checkbox"/>	19.10.2017 <input type="checkbox"/>	20.10.2017 <input type="checkbox"/>
	23.10.2017 <input type="checkbox"/>	24.10.2017 <input type="checkbox"/>	25.10.2017 <input type="checkbox"/>	26.10.2017 <input type="checkbox"/>	27.10.2017 <input type="checkbox"/>
<b>Weihnachts- ferien</b>				21.12.2017 <input type="checkbox"/>	22.12.2017 <input type="checkbox"/>
		02.01.2018 <input type="checkbox"/>	03.01.2018 <input type="checkbox"/>	04.01.2018 <input type="checkbox"/>	05.01.2018 <input type="checkbox"/>
<b>Oster- ferien</b>				29.03.2018	Karfreitag
	Ostermontag	03.04.2018 <input type="checkbox"/>	04.04.2018 <input type="checkbox"/>	05.04.2018 <input type="checkbox"/>	06.04.2018 <input type="checkbox"/>
	09.04.2018 <input type="checkbox"/>	10.04.2018 <input type="checkbox"/>	11.04.2018 <input type="checkbox"/>	12.04.2018 <input type="checkbox"/>	13.04.2018 <input type="checkbox"/>
<b>Himmel- fahrt</b>				Himmelfahrt	11.05.2018 <input type="checkbox"/>
<b>Sommer- ferien</b>	30.07.2018 <input type="checkbox"/>	31.07.2018 <input type="checkbox"/>	01.08.2018 <input type="checkbox"/>	02.08.2018 <input type="checkbox"/>	03.08.2018 <input type="checkbox"/>
	06.08.2018 <input type="checkbox"/>	07.08.2018 <input type="checkbox"/>	08.08.2018 <input type="checkbox"/>	09.08.2018 <input type="checkbox"/>	10.08.2018 <input type="checkbox"/>
	13.08.2018 <input type="checkbox"/>	14.08.2018 <input type="checkbox"/>	15.08.2018 <input type="checkbox"/>	16.08.2018 <input type="checkbox"/>	17.08.2018 <input type="checkbox"/>

## 4. Mittagstisch

Mein/e Sohn/Tochter soll immer (**bitte Zutreffendes ankreuzen**):

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

oder:  nach Bedarf (nicht regelmäßig) am Mittagstisch teilnehmen.

<sup>1</sup> Die Schüler/innen können nicht zum Bus begleitet werden.

**Name des Kindes:**.....

**Klasse** ..... **Telefon** .....

1. Mein/e Sohn/Tochter leidet unter folgenden Allergien (z. B. Lebensmittelallergie):

.....  
Sofortmaßnahmen (z. B. Bei Atemnot): .....

2. Mein/e Sohn/Tochter leidet unter folgenden Erkrankungen:

.....  
Symptome und Sofortmaßnahmen im Notfall:  
.....

3. Mein/e Sohn/Tochter nimmt regelmäßig folgende Medikamente ein:

.....  
Die Medikamenteneinnahme geht mit folgenden Nebenwirkungen einher, bei denen besonders beachtet werden muss/die unbedenklich sind (**bitte Zutreffendes unterstreichen**):  
.....

4. Bei meinem Sohn/meiner Tochter ist im Umgang folgende Auffälligkeit zu beachten (z. B. ADHS-Kind, starke Gleichgewichtsstörungen o. ä.):

.....  
5. Mein/e Sohn/Tochter darf an folgenden Angeboten auf keinen Fall/nur mit Einschränkungen teilnehmen (z. B. Sportangebote, evtl. Ausflüge zum Schwimmen o. ä., Angebote, bei denen Allergien ausgelöst werden könnten etc.):  
.....

6. Wir möchten die Aktivitäten der GSW präsentieren. Dabei ist es möglich, dass Bilder Ihres Kindes (ohne Namensnennung) im Internet abgebildet werden. Dieses gilt auch für eventuelle Veröffentlichungen in der Presse und Präsentationen anlässlich schulischer Veranstaltungen (z. B. Info-Abende). Hierzu benötigen wir Ihre Zustimmung. Sie haben selbstverständlich das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Ich bin einverstanden.

Ich bin nicht einverstanden.

Die Grundschule Wankendorf und Umgebung weist darauf hin, dass Kinder/Jugendliche im Rahmen der Ganztagsbetreuung an der Schule Wankendorf sowohl auf dem Weg zur Schule/auf dem Heimweg und während der Ganztagsbetreuung durch die Unfallkasse Schleswig-Holstein/Hamburg versichert sind.

Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten: .....

Ganztagsbetreuung an der  
Schule  
Wankendorf  
c/o DRK-Kindertagesstätte  
Schulweg 2  
24601 Wankendorf



## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE47 200 00000265776

Mandatsreferenz: .....

(Mandatsreferenz = Kunden-/Debitorennummer; wird von GSW ergänzt)

Ich ermächtige hiermit die Ganztagsbetreuung an der Schule Wankendorf (kurz GSW) unwiderruflich für das \_\_ Schulhalbjahr 2016/2017 die von mir zu entrichtenden Beiträge für die

---

Grund:

---

ab:

---

Vorname und Name (Kontoinhaber)

---

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort:

---

Kreditinstitut (Name und BIC)

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

mittels Lastschrift monatlich zum 10. einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GSW auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Mein bestehendes Lastschriftmandat behält seine Gültigkeit. Die Daten haben sich nicht verändert. (Hat sich die Bankverbindung geändert, bitte dieses Formular vollständig ausfüllen.)

---

Ort, Datum

Unterschrift