



**Verbindliche Anmeldung
zur bedarfsorientierten Betreuung („BOB“)
an der Grundschule auf Mauern**



1. KIND:

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Klasse und Schuljahr

Adresse

1.1. Geschwister, die gleichzeitig das Betreuungsangebot der BOB
in Anspruch nehmen:

Name Klasse und Schuljahr

Name Klasse und Schuljahr

2. PERSONENBERECHTIGTE

1. Personenberechtigte/r

Nachname

Vorname

Adresse.....

.....

Tel. privat

Tel. geschäftlich

Tel. mobil

E-Mail

2. Personenberechtigte/r

Nachname

Vorname

Adresse.....

.....

Tel. privat

Tel. geschäftlich

Tel. mobil

E-Mail

3. TEILNAHME

3.1. ab (Datum)

3.2. gewünschte Betreuungszeiten (bitte ankreuzen)

Uhrzeit	Mo	Di	Mi	Do	Fr
07.00 bis Unterrichtsbeginn					
Unterrichtsende bis 13.05					
13.05 bis 14.15					
14.15 bis 16.15					

Umbuchungen sind nur zum Halbjahr, nach Stundenplanänderungen oder bei persönlichen Härtefällen möglich.

4. ELTERNBEITRÄGE (monatlich)

Der Elternbeitrag hängt davon ab, zu welchen Zeiten Ihr Kind angemeldet ist.

Der Hauptferienmonat August ist frei. Der Betrag muss über das Abbuchungsverfahren entrichtet werden (SEPA-Lastschriftmandat liegt bei). Die Berechnung erfolgt nach der Tabelle:

Betreuungsblock	1 Tag	2 Tage	3 Tage	4 Tage	5 Tage
07.00 bis Unterrichtsbeginn	6,00	12,00	18,00	24,00	30,00
Unterrichtsende bis 13.05	6,00	12,00	18,00	24,00	30,00
13.05 bis 14.15	6,00	12,00	18,00	24,00	30,00
14.15 bis 16.15	13,50	27,00	40,50	54,00	

Für Kinder, die in der Zeit von 13.05 Uhr bis 14.15 Uhr in der Betreuung sind, ist das Mittagessen verbindlich. Die Kosten je Mittagessen betragen aktuell 4,50 €/Tag und ist bereits durch die Gemeinde mit 50% subventioniert.

Geschwisterkinder, die gleichzeitig die BOB besuchen sowie Kinder von Alleinerziehenden erhalten 20% Rabatt.

5. BESONDERHEITEN (freiwillige Angaben)

Mein / unser Kind hat folgende Erkrankung / Allergie:

.....

Mein / unser Kind darf aufgrund der Religionszugehörigkeit folgende Nahrungsmittel nicht zu sich nehmen:

.....

6. HAUSARZT DES KINDES (freiwillige Angaben)

Name und Anschrift

.....

.....Telefon

Krankenkasse

.....

mitversichert bei

.....

7. EINVERSTÄNDNISSE

Ich / wir sind damit einverstanden, dass

a) bei Verletzungen eine einfache Wundversorgung durchgeführt werden darf (Pflaster, Kühlpad)

ja nein

b) Zecken, Sprißel von den BOB-Betreuerinnen entfernt werden dürfen

ja nein

c) mein / unser Kind an den Unternehmungen wie z.B. Ausflügen der BOB teilnimmt und dabei ggf. öffentliche Verkehrsmittel genutzt werden

ja nein

d) Fotos meines / unseres Kindes im Amtsblatt der Gemeinde veröffentlicht werden dürfen

ja nein

e) Fotos meines / unseres Kindes im Internet veröffentlicht werden dürfen

ja nein

f) sich die BOB-Betreuerinnen im Rahmen der Kooperation mit der Schule bzw. den Kindergärten bei Bedarf austauschen können

ja nein

g) mein / unser Kind nach dem Besuch der BOB alleine nach Hause gehen darf

ja nein, abholberechtigt sind

.....
.....

Sämtliche Einwilligungen können jederzeit schriftlich widerrufen werden. Zum Widerruf genügt ein formloses Schreiben an die Leitung der BOB.

Die Regelungen, die im Merkblatt und im „ABC“ der BOB aufgeführt sind, haben wir zur Kenntnis genommen und akzeptiert (zu finden auf der Homepage der Gemeinde www.bempflingen.de oder der Homepage der Grundschule www.grundschule-bempflingen.de bzw. in ausgedruckter Form bei den BOB-Mitarbeiterinnen)

Bempflingen, den _____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Bitte geben Sie die ausgefüllte Anmeldung zusammen mit dem Separatschriftmandat bei den BOB-Betreuerinnen ab und beachten Sie den Anmeldeschluss: jeweils der erste Mittwoch nach Schuljahres-beginn bzw. nach Beginn des 2. Schulhalbjahres.

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

Gemeinde Bempflingen, Metzinger Str. 3, 72658 Bempflingen / Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE15ZZZ00000094468

Ich ermächtige (wir ermächtigen) die Gemeinde Bempflingen, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Bempflingen auf mein (unser) Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis:

Ich kann (wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung für Steuern und Abgaben

Zahlungspflichtiger:

.....
Eindeutige Mandatsreferenz (siehe Bescheid; Buchungszeichen, Abgabart)

.....
Vorname und Name (Kontoinhaber)

.....
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Ort

.....
Land

.....
Kreditinstitut (Name)

.....
IBAN

.....
SWIFT BIC

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit der Gemeinde Bempflingen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Kontoinhabers