Grundschule Bargen

Gemeinde Helmstadt-Bargen

ANMELDEFORMULAR

für die Betreuung im Rahmen der verlässlichen Grundschule

Ausführliche Informationen zum Datenschutz sowie zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen der Kernzeitenbetreuung finden Sie auf der Homepage der Gemeinde Helmstadt-Bargen unter www.helmstadt-bargen.de im Bereich „Datenschutz“.

Hiermit melde ich / melden wir

_____
Name und Vorname des/der Erziehungsberechtigten

_____
Straße u. Haus-Nr., PLZ u. Wohnort

_____ _____
Telefonnummer E-Mail

mein / unser Kind: _____ _____
Name und Vorname des Kindes Klasse

☐ ab dem Schuljahr 2024/2025 ☐ ab _____

für die Betreuung im Rahmen der verlässlichen Grundschule in Bargen an.

Für mein/unser Kind benötige/n ich/wir folgende Betreuungszeiten:
(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

☐ **Betreuungsblock 1: (Modul 1)**
7.00 Uhr – 8.30 Uhr

- für das 1. Kind: 51,00 €
- für das 2. Kind: 45,00 €
- für das 3. Kind: 14,00 €

☐ **Betreuungsblock 2: (Modul 2)**
12.00 Uhr – 13.30 Uhr

- für das 1. Kind: 51,00 €
- für das 2. Kind: 45,00 €
- für das 3. Kind: 14,00 €

☐ **Betreuungsblock 3: (Modul 3)**
13.30 Uhr – 15.00 Uhr

- für das 1. Kind: 54,00 €
- für das 2. Kind: 49,00 €
- für das 3. Kind: 19,00 €

☐ **Nutzung von drei Betreuungsblöcken: (Modul 4)**

- für das 1. Kind: 135,00 €
- für das 2. Kind: 114,00 €
- für das 3. Kind: 34,00 €

☐ **Zehnerkarte** zur Nutzung einzelner Blöcke 70,00 €
(ab Ausstellung 1 Jahr gültig)

Anzahl Zehnerkarte: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte unbedingt die Einzugsermächtigung für die Gemeindekasse Helmstadt-Bargen auf der Extraseite dieses Anmeldeformulars ausfüllen und unterschreiben!

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandat

Gemeindekasse 74921 Helmstadt-Bargen, Rabanstraße 14

DE41ZZZ00000011453
Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Gemeinde Helmstadt-Bargen, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Helmstadt-Bargen auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften 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.

By signing this mandate form, I (we) authorise Abbucher to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor Abbucher .
Note: I can (we can) demand a refund of the amount charged within eight weeks, starting with the date of the debit request. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Information:

Die Abbuchung der Kernzeitbetreuung erfolgt monatlich zum 5. eines Monats.

Zahlungspflichtiger	Name/ Name of the debitor
	Straße und Hausnummer / debitor Street and number
	74921 Helmstadt-Bargen Land, Postleitzahl und Ort / debitor Country debitor Postal code and City
	DE IBAN / debitor IBAN
	SWIFT BIC / debitor SWIFT BIC
	Mandatsreferenz- wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt Mandate reference - to be completed by the creditor
Zahlung für	**Kernzeitbetreuung** Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit this mandate is valid for the agreement with
Zahlungsart	[X] Wiederkehrende Zahlung / recurrent payment [-] Einmalige Zahlung /one-off payment

Ort und Datum
City and date of signature(s)

Helmstadt-Bargen, den _____

Unterschrift(en)/Signatures _____

Grundschule Bargen

Gemeinde Helmstadt-Bargen

Informationen und Anmerkungen für die Betreuungskräfte:

Diese Informationen werden ausschließlich zur sicheren Organisation und Durchführung der Betreuung erhoben.

1. Mein/Unser Kind hat folgende Allergien/Unverträglichkeiten (z.B. bei Insektenstichen, etc.)

   _____

   _____

2. Mein/Unser Kind hat einen Pflegegrad:

   ☐ Nein ☐ Ja, _____

3. Besteht bei Ihrem Kind eine regelmäßige oder notfallbedingte Medikamenteneinnahme während der Betreuungszeit?

   ☐ Nein ☐ Ja, <u>bitte zwingend die „Anlage zur Medikamentengabe“ ausfüllen!</u>

4. Wir sind damit einverstanden, dass kleinere Wunden (Schürfwunden, Insektenstiche etc.) von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kernzeit der Gemeinde Helmstadt-Bargen direkt vor Ort (mit Leitungswasser, Pflastern und Kühlakkus) versorgt werden.

   ☐ Ja ☐ Nein, bitte uns stattdessen sofort telefonisch kontaktieren

5. Besondere Hinweise / Betreuungsrelevante Informationen (z.B. wichtige familiäre Veränderungen)

   _____

   _____

6. Mein/Unser Kind darf nach der vereinbarten Betreuungszeit **alleine** nach Hause gehen:
   ☐ Ja (Aufsichtspflicht der Kernzeit endet mit Verlassen der Räume)
   ☐ Nein. Das Kind wird abgeholt (Bitte untenstehende Abholberechtigte eintragen).

7. Mein/Unser Kind darf von folgenden Personen abgeholt werden:
   Alle hier benannten Personen wurden über die Weitergabe ihrer Daten informiert und haben zugestimmt:

   _____
   Namen und Adressen der Abholberechtigten, Tel.:

   _____
   Namen und Adressen der Abholberechtigten, Tel.:

8. Mein/Unser Kind besucht folgende Arbeitsgemeinschaften (AGs) während der Betreuungszeiten:

   _____
   Name der AG, Tag und Zeitraum (von bis)

_____ _____

Ort, Datum: Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Anlage zum Betreuungsvertrag: Abfrage zur Medikamentengabe

Hinweis: Nur auszufüllen, wenn bei Punkt 3 mit „Ja“ geantwortet wurde. Aus rechtlichen Gründen darf das Personal Medikamente nur in absoluten Ausnahmefällen und unter strengen Auflagen verabreichen.

1. Angaben zum Kind

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

2. Angaben zum Medikament:

Name des Medikaments (Präparat):

_____

Erkrankung / Diagnose (z.B. Asthma, ADHS, Diabetes):

_____

Genaue Dosierung (z.B. 1 Tablette, 2 Hübe):

_____

Genaue Einnahmeuhrzeit/en:

_____

Besondere Hinweise zur Verabreichung:

_____

☐ Eine aktuelle **ärztliche Bescheinigung / Verordnung** (inkl. Dosierungsanleitung) liegt in dieser Anlage bei.

☐ Ich/Wir verpflichten uns, das Medikament wird in der Originalverpackung, beschriftet mit dem Namen des Kindes, abgegeben.

3. Einverständniserklärung und Haftungsausschluss

Ich/Wir bevollmächtigen das Betreuungspersonal der Schulkindbetreuung, meinem/unserem Kind das oben genannte Medikament nach ärztlicher Anweisung zu verabreichen. Uns ist bekannt, dass das Personal keine medizinische Ausbildung hat und die Gabe rein organisatorisch unterstützt. Für unvorhersehbare Nebenwirkungen oder allergische Reaktionen des Medikaments wird seitens der Gemeinde und des Personals keine Haftung übernommen.

_____ _____

Ort, Datum: Unterschrift der Erziehungsberechtigten