

Verbindliche Anmeldung für die Teilnahme am Ganztagsangebot der Wilhelm-Arnoul-Schule

Waldstr. 96 64546 Mörfelden-Walldorf

 Schule Sekretariat 06105/97507-0

 Verwaltung Betreuung 06105-97507-14/-18

 ganztag@wilhelm-arnoul-schule.itis-gg.de

Daten des Kindes:

| | |
|--------------------------------|-----------------------|
| Name: | Geschlecht: m w |
| Vorname: | Geburtsdatum: Klasse: |
| Straße: | Wohnort: |
| Beeinträchtigungen, Allergien: | |

Kreuzen Sie die gewünschten Module an:

| | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Frühmodul (Mo-Fr) von 7:00 Uhr – 8:30 Uhr | 35,- €/Monat |
| <input type="checkbox"/> Mittagmodul (Mo-Fr) Unterrichtsende bis 15:00 Uhr Betreuung: 110,- €/Monat + Mittagessen: 98,78 €/Monat (direkt an den Caterer) | 208,78 €/Monat |
| <input type="checkbox"/> Spätmodul (Mo-Fr) von 15:00 Uhr bis 17:00 Uhr bzw. ab Ende der AG bis 17:00 Uhr | 45,- €/Monat |
| <i>nur 3 Tage (Kombinationen mit oben möglich)</i> | |
| <input type="checkbox"/> Mittagmodul (Di-Do) Unterrichtsende bis 15:00 Uhr Betreuung: 67,- €/Monat + Mittagessen: 58,37 €/Monat (direkt an den Caterer) | 125,37 €/Monat |
| <input type="checkbox"/> Spätmodul (Di-Do) von 15:00 Uhr bis 17:00 Uhr bzw. ab Ende der AG bis 17:00 Uhr | 27,- €/Monat |

Bildungs- und Teilhabepaket bzw. Jugendamt

Für Familien, die einen Anspruch auf Leistungen nach SGBII, Kinderzuschlag oder Wohngeld haben, besteht für die Eltern die Möglichkeit der Bezuschussung des Mittagessens über das Bildungs- und Teilhabepaket. Falls das Jugendamt die Nutzungsentgelte 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 Teilhabepaket stellen.

Ich bin alleinerziehend.

Wir sind beide berufstätig.

Partner 1 Vollzeit Teilzeit mit ____ Stunden

Partner 2 Vollzeit Teilzeit mit ____ Stunden

Da die zur Verfügung stehenden Plätze begrenzt sind, benötigen wir eine Arbeitgeberbescheinigung über die Arbeitszeiten, die Sie bitte der Anmeldung beifügen.

Geschwisterkinder besuchen das Ganztagsangebot.

Name(n): _____

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. Wohnsitz, Arbeitszeiten, Familienstand) unverzüglich der Verwaltung mitzuteilen.

Ich nehme/Wir nehmen weiterhin zur Kenntnis, dass der Ganztagsbetrieb unverzüglich über Krankheiten, Allergien, Unverträglichkeiten oder die regelmäßige Einnahme von Medikamenten zu informieren ist.

Das Informationsblatt zum Ganztagsangebot der Wilhelm-Arnoul-Schule habe ich/haben wir zur Kenntnis genommen.

Die Anmeldung für alle Betreuungsbausteine ist bis zum **31. März im Sekretariat, bzw. in der Betreuungsverwaltung der Wilhelm-Arnoul-Schule** einzureichen. Falls Sie noch Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Die Zusagen der Wilhelm-Arnoul-Schule sind abzuwarten. Auf der Zusage finden Sie eine genaue Aufstellung der zu zahlenden Entgelte und deren Fälligkeiten.

Das Betreuungsentgelt ist 12 x im Jahr fällig, inkl. der Sommerferien, die schulfreien Zeiten (Ferientage, pädagogische Tag, Rosenmontag, etc.) sind in den Entgeltbeträgen berücksichtigt.

.....
Datum und Ort

.....
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Datenbogen / Wichtige Informationen für die Betreuung in der WAS

Name, Vorname des Kindes:

Personalien der/des Erziehungsberechtigte/n:

| | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| Name der Mutter/Lebensgefährtin: | Name des Vaters/Lebensgefährte: |
| Vorname: | Vorname: |
| Straße, Nr.: | Straße, Nr.: |
| PLZ, Ort: | PLZ, Ort: |
| Email (wichtig): | |

Bei wem lebt das Kind?

| |
|--|
| |
|--|

(falls Eltern getrennt leben)

Ich / wir sind im Notfall unter folgenden Rufnummern zu erreichen:

| | |
|--------------------|-------------------|
| Tel. priv. | Tel. priv. |
| Mutter Handy: | Vater Handy: |
| Mutter dienstlich: | Vater dienstlich: |

Wenn Eltern nicht erreichbar sind, ist zu erreichen (Name und Tel.):

| |
|--|
| |
|--|

Besonderheiten/Wissenswertes

| |
|--|
| |
|--|

.....
Datum und Ort

.....
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Wilhelm-Arnoul-Schule
Frau Martina Becker
Waldstr. 96

64546 Mörfelden-Walldorf

SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE54ZZZ00000721550

Mandatsreferenz:

(wird in der Bestätigung mitgeteilt)

Ich ermächtige die Wilhelm-Arnoul-Schule, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Wilhelm-Arnoul-Schule auf mein Konto eingezogenen 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: |
| Vor- und Nachname: |
| Kontoinhaber: |
| Vor- und Nachname: |
| Straße, Hausnr.: |
| PLZ, Ort: |
| Name des Kreditinstituts: |
| IBAN: DE__ ____ ____ ____ ____ __ |
| BIC: _____ ____ |

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kontoinhaber/in