



Bitte füllen Sie das Anmeldeformular und das SEPA-Lastschriftmandat aus und senden alle Unterlagen **vollständig** an die Geschäftsstelle des Sozialdienstes Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V., Aubinger Weg 10, 82178 Puchheim oder an das Sekretariat der Realschule zurück. Nach Erfassung der Daten erhalten Sie Ihre Kopie des Lastschriftmandats zur Ablage.

Anmeldung für die Offene Ganztagschule (OGS) an der Realschule Puchheim im Schuljahr 2018 / 2019

Name, Vorname:

geboren am: Klasse (ab September):

allein erziehend alleiniges Sorgerecht berufstätig

Name, Vorname der/s Erziehungsberechtigten:

Straße, Hausnummer:.....

PLZ, Ort:

E-Mail Adresse (bitte in Druckschrift):

E-Mail Adresse (bitte in Druckschrift):

Telefon privat:

Mutter: Telefon dienstlich: Handy:

Vater: Telefon dienstlich: Handy:

Weitere Kontaktperson bei Notfällen:

Name, Vorname:

Telefon: Handy:

Besonderheiten, die zu beachten sind (z.B. gesundheitliche Probleme, Allergien):
.....

verbindliche Anmeldung für 2 Nachmittage 3 Nachmittage 4 Nachmittage
an folgenden Wochentagen: Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag

Bitte beachten Sie:

Die Plätze in der Offenen Ganztagschule (OGS) sind begrenzt. Sollten mehr Anmeldungen vorliegen als verfügbare Plätze, müssen wir eine Auswahl nach sozialen Gesichtspunkten sowie nach Alter/Selbstständigkeit der Schüler treffen.

Der Besuch der Offenen Ganztagschule (OGS) ist kostenfrei und wird vom bayerischen Kultusministerium finanziert. Es fallen lediglich Gebühren für das verpflichtende Mittagessen (derzeit 4,00 €) an. Bei nachgewiesener Bedürftigkeit stehen staatliche Fördermittel zur Verfügung. Informationen erhalten Sie im **Jobcenter oder Landratsamt**. Solange kein entsprechender Unterstützungsbescheid beim Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V. vorliegt, wird der **volle Essensbeitrag** per SEPA-Lastschrift eingezogen.



Vorabankündigung: Die Gebühren für das **Mittagessen in der OGS** werden per SEPA-Lastschrift (Gläubiger-Identifikationsnummer DE03ZZZ00000433699 / Mandatsreferenz siehe SEPA-Basis-Lastschriftmandat) zum jeweils 10. des Monats vom angegebenen Konto eingezogen. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende / Feiertag verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den 1. folgenden Werktag. Wir bitten Sie für Kontodeckung zu sorgen.

Falls ihr Kind wegen **Krankheit** verhindert ist, informieren Sie uns bitte telefonisch (Anrufbeantworter), schriftlich oder per E-Mail am Vortag, spätestens jedoch bis 8:00 Uhr des betreffenden Tages. **Bei einer zu späten Entschuldigung muss das Mittagessen für diesen Tag bezahlt werden.**

In den Schulferien und an schulfreien Tagen findet keine Betreuung statt.

Erklärung der Erziehungsberechtigten:

1. Mir ist bekannt, dass die Anmeldung für das gesamte Schuljahr verbindlich ist. Die/der angemeldet/e Schüler/in ist im Umfang der angegebenen Wochenstunden zum Besuch der OGS als schulischer Veranstaltung verpflichtet. Beurlaubungen aus wichtigen Gründen (siehe Beurlaubungsformular) sind rechtzeitig schriftlich zu beantragen. Eine Beendigung des Besuches während des Schuljahres kann nur aus zwingenden Gründen gestattet werden und muss von der Schulleitung und dem Träger genehmigt werden. Der Betreuungsvertrag endet automatisch zum Ende des jeweiligen Schuljahres.
2. Mir ist bekannt, dass die Anmeldung unter dem Vorbehalt steht, dass die OGS an der oben bezeichneten Schule staatlich genehmigt bzw. gefördert wird und die notwendige Mindestteilnehmerzahl erreicht wird bzw. die beantragte und genehmigte Gruppenszahl tatsächlich zustande kommt. Es besteht kein Rechtsanspruch auf eine ganztägige Förderung und Betreuung im Rahmen der offenen Ganztagschule.
3. Ich nehme zur Kenntnis, dass das Personal des Sozialdienstes zur Verschwiegenheit verpflichtet ist und meine Daten im Rahmen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) EDV-gestützt verarbeitet.
4. Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre/n ich/wir, dass ich/wir von den Mitarbeitern der OGS an der Realschule darüber informiert wurde/n, dass deren Aufsichtspflicht endet, wenn mein/unser Kind die OGS verlässt. Dies gilt auch dann, wenn es vor dem Ende der vereinbarten Betreuungszeit die OGS verlässt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschriften **beider** Erziehungsberechtigter

Widerrufsbelehrung

Die Widerrufsbelehrung zum Widerrufsrecht und zu den Widerrufsfolgen auf der nachfolgenden Seite habe/n ich/wir

..... zur Kenntnis genommen.
Namen der Erziehungsberechtigten

.....
Ort, Datum

.....
Unterschriften **beider** Erziehungsberechtigter

Kontakt:

Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V., Aubinger Weg 10, 82178 Puchheim
Tel. 089/800631-0, Öffnungszeiten: Mo-Mi u. Fr 9.00 Uhr – 12.00 Uhr, Do 16.30 Uhr – 18.30 Uhr
E-Mail: kontakt@sozialdienst-puchheim.de, www.sozialdienst-puchheim.de

Anmeldung für die Offene Ganztagschule (OGS) an der Realschule Puchheim im Schuljahr 2018/2019

(Für Ihre Unterlagen)

Name und Vorname des Kindes:

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, binnen 14 Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen.

Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt mit dem Tag des Vertragsabschlusses.

Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns

Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V.
Aubinger Weg 10, 82178 Puchheim

Telefon: 089/800 631-0

Telefax: 089/800 631-122

E-Mail: kontakt@sozialdienst-puchheim.de

mittels einer eindeutigen Erklärung (z.B. ein mit der Post versandeter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

Folgen des Widerrufs

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, unverzüglich und spätestens binnen 14 Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen der Rückzahlung Entgelte berechnet.

Haben Sie verlangt, dass die Dienstleistungen während der Widerrufsfrist beginnen sollen, so haben Sie uns einen angemessenen Betrag zu zahlen. Dieser entspricht dem Anteil der Dienstleistungen, die bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie uns von der Ausübung des Widerrufsrechtes unterrichten, bereits erbracht wurden im Vergleich zum Gesamtumfang der im Vertrag vorgesehenen Dienstleistungen. Gegenseitige Zahlungsansprüche können verrechnet werden.

SEPA-Basis-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger) / *Creditor name and address*

Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V. Aubinger Weg 10 82178 Puchheim	<input type="radio"/> Einmalige Zahlung / <i>One-off payment</i> <input checked="" type="radio"/> Wiederkehrende Zahlung / <i>Recurrent payment</i>
--	--

[Gläubiger-Identifikationsnummer /
Creditor Identifier - CI]

DE03ZZZ00000433699

[Mandatsreferenz – vom Zahlungsempfänger auszufüllen /
Mandate reference – to be completed by the creditor]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Ich/Wir ermächtige(n) / *By signing this mandate form, you authorise*

[Name des Zahlungsempfängers / *Creditor name*]

Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von /
to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

[Name des Zahlungsempfängers / *Creditor name*]

Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. /
As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Kind/Kunde (Vorname, Name) / *Your child's name/client name*

Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) / *Your name and address/debtor(s) name and address*

Kreditinstitut / *Bank*

BIC

IBAN

DE

Ort, Datum / *Location, Date*

Unterschrift (Zahlungspflichtiger) / *Please sign here*