

Anmeldung zur KERNZEITBETREUUNG

Grundschule						
☐ Biengen		☐ Haus	sen	☐ Schlatt		☐ Tunsel
	Name:					
Kind	Vorname:					
	Anschrift:					
	Geburtsdatu	ım:				
	Anmeldedat	um				
			Mutter			Vater
	Anrede:					
	Name:					
	Vorname:					
Eltern	Anschrift:					
	Telefon:					
	Mobil:					
	Email:					

INFORMATIONEN:

Beitragszeit: Januar – Juli & September – Dezember

Betreuungszeit: Montag bis Freitag – 07:15 bis 14:00 Uhr

Kosten: 35,00 € je Kind pro Monat. Anmeldung erfolgt immer zum

Monatsersten, es ist keine anteilige Erstattung möglich.

Zahlung: Abbuchung (Lastschrift) oder Überweisung

Bei gewünschter Abbuchung ist die Abgabe eines SEPA-Mandates

erforderlich.

Anmeldefrist: Anmeldungen für das kommende Schuljahr müssen bis zum 15. Juli

eingegangen sein. Spätere Anmeldungen oder solche unter dem

Schuljahr bedürfen einer Bestätigung durch die Leitung.

Kündigung: Die Kündigung des Betreuungsplatzes ist von Seiten des Trägers oder

des Erziehungsberechtigten mit einer **Frist von 4 Wochen zum Monatsende** möglich und ist schriftlich an die Erziehungsberechtigten bzw. an die Stadt Bad Krozingen zu richten. Der Träger ist berechtigt,

mit sofortiger Wirkung einzelne TeilnehmerInnen auszuschließen,

wenn diese den Ablauf der Schulkindbetreuung erheblich

beeinträchtigen oder Zahlungsrückstände bestehen.



Bescheid:

Die Informationen zur Nachmittagsbetreuung wurden zur Kenntnis genommen und als verbindlich anerkannt.					
(bei gemeinsamem Sorgerecht Unterschrift beider Sorgeberechtigten)					
Ort, Datum:					
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten:					
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten:					
Folgendes ist nur von der Grundschule / Verwaltung auszufüllen					
Eingang Grundschule:		Eingang	Verwaltu	ıng:	
(Datum / Unterschrift)		(Datum /	Untersch	rift)	
Vergebenes Buchungszeichen:	5 .	0 2 0	3 .		
SEPA-Mandat abgegeben:		 □ Ja		□ Nein	

erstellt und per Post zugeschickt

Für An-, Ab- oder Ummeldungen wird jeweils ein separater Bescheid



Informationsbogen für das Betreuungspersonal

Kind & Kontakt	Name:				
	Vorname:				
od ota	Geburtsdatum:				
Ş Ş Ş	Telefon:				
_ x	E-Mail:				
16 11					
Krankhe	eiten & Allergien (F	Hinweis auf Seite	4 beachten)		
(NI - (C - II	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\		1 (D		
(Nottali-)Medikament(e) &	genaue verabreio	chung/Dosierung:		
Informa	tionsaustausch				
Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf ein Informationsaustausch zwischen Lehrern, Schulsozialarbeit und Betreuung stattfindet:					
	□ Ja		□ Nein		
Fotos					
Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Betreuung Fotos erstellt werden, auf denen mein Kind abgelichtet ist. Die Fotos werden ausschließlich für Aushänge in den Betreuungsräumen verwendet.					
	☐ Ja ☐ Nein				
Heimwe	g				
Darf Ihr	Kind alleine nach H	ause gehen?			
_	☐ Ja		☐ Nein		
Falls nein, Abholberechtigte sind:					
Im Notfall bitte verständigen:					
Sonstiges / Besonderheiten:					



Notfallmedikamente können nur nach Rücksprache und schriftlichem Attest des/der behandelnden Arztes/Ärztin mit genauer Dosierungsanleitung verabreicht werden. Mit meiner Unterschrift gebe ich mein Einverständnis, dass die Betreuungskräfte meinem Kind entsprechende Medikamente verabreichen dürfen. Sollten sich diesbezüglich Änderungen ergeben, werde ich diese unverzüglich dem Personal der Einrichtung mitteilen.

Die Angaben zum Informationsbogen wurden vollständig angegeben		
(bei gemeinsamem Sorgerecht Unterschrift beider Sorgeberechtigten)		
Ort, Datum:		
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten:		
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten:		

Name und Anschrift des/der Zahlungspflichtigen	Name und Anschrift des/der Kontoinhaber/in (wenn abweichend von dem/der Zahlungspflichtigen)		
Zahlungsempfängerin Stadt Bad Krozingen Stadtkasse			
Basler Str. 30	DE47ZZZ0000011	8239	
79189 Bad Krozingen	Gläubiger-Identifikationsnu	mmer der Stadt Bad Krozingen	
	Buchungszeichen/ Mandatsreferenz	5.	
Erteilung einer Einzugsermächtigung und	d eines SEPA-Lasts	chrift-Mandats	
1. Einzugsermächtigung			
Ich ermächtige / wir ermächtigen die Stadt B	ad Krozingen widerri	uflich, die von mir /	
uns zu entrichtenden Zahlungen wegen			
(Verpflichtungsgrund) bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem /	unserem Konto einzu	uziehen.	
2. SEPA-Lastschrift-Mandat für wiederkel	hrende Zahlungen		
Ich ermächtige / wir ermächtigen die Stadt B / unserem Konto mittels Lastschrift einzuzieh Kreditinstitut an, die von der Stadt Bad Krozi Lastschriften einzulösen.	en. Zugleich weise ic	ch / weisen wir mein / unser	
Hinweis: Ich kann / wir können innerhalb vor	, 0		
Belastungsdatum, die Erstattung des belaste meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarter	•	gen. Es geiten dabei die mit	
IBAN (max. 22 Stellen)		inden Sie auf Ihrem Kontoauszug der der Bankkarte.	
BIC (8 oder 11 Stellen)	Name des Kreditins	stituts	
	7		
(Datum)	(Unterschrift K	ontoinhaber/in)	

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns die Stadt Bad Krozingen über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Wichtig: Das Dokument muss unterschrieben im Original an die Stadtkasse übersandt werden! Bitte verwenden Sie pro Buchungszeichen je ein eigenes Dokument!!