

Aufnahmeantrag für die Schülerbetreuung an der Schule am Schafberg (Grundschule) im Schuljahr 2024/2025

(Neu-) Anmeldung oder Änderung

Nachname des Kindes	Vorname	Geb.-Datum	Aktuelle Klasse

Gewünschter Aufnahmeterrmin: Schuljahresbeginn Sonstiger Termin: _____

Auswahl der Betreuungszeiten:

Bitte die gewünschten Betreuungstage ankreuzen (Mindestbetreuung 2 Tage pro Woche):

Betreuungszeiten	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7:30 Uhr bis Unterrichtsbeginn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterrichtsende bis 14:30 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die <u>monatliche</u> Gebühr beträgt	5 Tage/Woche	5 Tage /Woche mit Familienpass der Stadt Weil der Stadt	bei einzelnen Tagen			
			ohne Familienpass		mit Familienpass	
			2 Tage/Woche	jeder weitere Tag	2 Tage/Woche	jeder weitere Tag
Stand: September 2024						
7:30 Uhr - 14:30 Uhr	124,00 €	93,00 €	51,00 €	25,50 €	38,20 €	19,10 €
Mittagessen*	76,00 €	76,00 €	30,40 €	15,20 €	30,40 €	15,20 €

*Bei Vorlage eines Bildungs- und Teilhabegutscheines ist das Mittagessen kostenfrei.

Bei Vorlage des **Familienpasses** der Stadt Weil der Stadt werden ab dem Aufnahmemonat bzw. ab dem Monat, in dem der Familienpass vorgelegt wird, o. g. Gebühren (ausgenommen Verpflegungskosten) abgerechnet.

Anmeldedaten Erziehungsberechtigte:

Name / Vorname Vater: _____

Sorgeberechtigt ja nein Erwerbstätig* ja nein Alleinerziehend Kontoinhaber

Name / Vorname Mutter: _____

Sorgeberechtigt ja nein Erwerbstätig* ja nein Alleinerziehend Kontoinhaber

Anschrift: _____

Telefon für Notfälle: _____

E-Mail: _____

***Nachweise bitte beifügen!**

Bitte die Rückseite beachten!

Kommentare:

(z.B. bestehen Allergien, Lebensmittelunverträglichkeiten, besondere Abholzeiten etc.)

.....
Erteilung SEPA-Lastschriftmandat

Konto-Inhaber/in:			
Name:	Vorname:	PLZ	Ort:
Bankverbindung:			
IBAN			BIC
Name Kreditinstitut			
Ort	Datum	Unterschrift Kontoinhaber/-in	
		X.....	

Ich/Wir kann/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.

.....
Hinweise:

- Gebühren können sich durch Gemeinderatsbeschluss ändern.
- Alle von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten werden wir nur zu dem angegebenen Zweck verarbeiten und nur für den Zeitraum der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten speichern.
- Für Rückfragen zur Anmeldung steht Ihnen **Frau Pflug (Tel. 07033 521-168; E-Mail: pflug@weil-der-stadt.de)** gerne zur Verfügung.

Wichtig: Es müssen **alle Sorgeberechtigten** unterschreiben!



Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte(r) 1

Unterschrift Sorgeberechtigte(r) 2