

## Anmeldung zur Ferienbetreuung 2024 in der Ernst-Leitz-Grundschule

### Erziehungsberechtigte/r

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ, Wohnort:
Tel. privat:	Handy:

### Ich melde mein Kind verbindlich zum Betreuungsangebot an:

Vorname	Nachname	Alter:
Vorname	Nachname	Alter:

Ich nehmen die Ferienbetreuung für unser Kind in folgenden Wochen in Anspruch:  
Betreuung täglich von 08:00 Uhr bis 14:00 Uhr  
(Kosten nach Gebührenordnung –55,00 € pro Woche)

	(Bitte ankreuzen)
<b>Osterferien</b>	
KW 13/2024 – 25.03. - 28.03.2024 (nicht am Feiertag)	
<b>Pfingstferien</b>	
KW 21/2024 – 21.05. - 24.05.2024 (nicht am Feiertag)	
KW 22/2024 – 27.05. - 31.05.2024 (nicht am Feiertag)	
<b>Sommerferien</b>	
KW 34/2024 – 19.08. - 23.08.2024	
KW 35/2024 – 26.08. - 30.08.2024	
KW 36/2024 – 02.09. - 06.09.2024	

### 4. Lastschriftinzugsverfahren

Ich erteile Abbuchungsermächtigung für mein/unser Konto:

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

--Die Abbuchung erfolgt kurz vor der jeweiligen Ferienbetreuung --

Die Anmeldung muss spätestens jeweils vier Wochen vor dem ersten Betreuungstag der jeweiligen Ferienbetreuung im Rathaus eingegangen sein. Wir behalten uns vor, bei zu wenigen Anmeldungen die Betreuung abzusagen. Sollte das der Fall sein, bekommen Sie drei Wochen vor der geplanten Ferienbetreuung eine Information.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Eingangsvermerk: Stadt/Schule: Datum: \_\_\_\_\_

# Ferienbetreuung in der Ernst-Leitz-Grundschule



## Abholberechtigung

Name des Kindes \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Notfallnummer \_\_\_\_\_  
Notfallnummer \_\_\_\_\_

- Unser Kind darf selbstständig nach Hause gehen  
 Unser Kind wird abgeholt

- Bitte ankreuzen -

von folgenden Personen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
-Bitte Namen u. Telefonnummer eintragen-

Diese schriftlichen Vereinbarungen sind für beide Seiten verbindlich und können nur schriftliche geändert werden.

## Notfallsituation

Diese Angaben sind nur zur Information bei Notfällen.

Die Betreuer/innen dürfen grundsätzliche KEINE Medikamente verabreichen.

Krankenversicherung d. Kindes: \_\_\_\_\_  
Krankheiten: \_\_\_\_\_  
Medikamente: \_\_\_\_\_  
Allergien: \_\_\_\_\_  
Arzt/Ärztin d. Kindes: \_\_\_\_\_

Die o.g. Informationen werden sensibel und vertraulich behandelt, die Betreuer/innen unterliegen der Schweigepflicht. Die Angaben werden an keine dritten Personen weiter gegeben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern