

Bitte bis **spätestens 08.05.2020** zurücksenden an:

Stadtverwaltung Schorndorf
Fachbereich Schulen und Vereine
Urbanstraße 24
73614 Schorndorf

**Anmeldung zur Schulkindbetreuung
an der Schlosswalschule
für das Schuljahr 2020/2021**

Buchungszeichen
(bitte angeben, falls bereits vorhanden)
5.0216.

Erstmalige Anmeldung

**Fortsetzung der Betreuung
im nächsten Schuljahr**

Eltern/Sorgeberechtigte:

Mutter		Vater	
Name		Name	
Vorname		Vorname	
Anschrift		Anschrift (bitte angeben falls abweichend!)	
Berufstätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Berufstätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bitte ankreuzen, sofern die Sorgeberechtigten nicht unter derselben Anschrift gemeldet sind:*		<input type="checkbox"/> Kind wohnt bei der Mutter <input type="checkbox"/> Kind wohnt bei dem Vater	
Familienstand*	Sorgeberechtigt	Familienstand*	Sorgeberechtigt
<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kontaktmöglichkeit	Telefonnummer für Rückfragen*	Kontaktmöglichkeit	Telefonnummer für Rückfragen*
	Notfallnummer*		Notfallnummer*
	E-Mail-Adresse für Rückfragen*		E-Mail-Adresse für Rückfragen*

Folgende/s Kind/er wird/werden verbindlich angemeldet:

Name	Vorname	geboren am	Klassenstufe im Schuljahr 20/21:	
Name	Vorname	geboren am	Klassenstufe im Schuljahr 20/21:	

Bitte teilen Sie eventuelle gesundheitliche Besonderheiten Ihres Kindes dem Betreuungspersonal mit.*

Anmeldedatum:

Die Betreuung wird benötigt ab (TT.MM.JJJJ):

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Die Anmeldung gilt nur für das Betreuungsjahr 2020/2021. Für das folgende Betreuungsjahr wird ein neues Anmeldeverfahren durchgeführt.

Weitere Kinder in unserer Familie, für die wir Kindergeld beziehen (nur für das gestaffelte Betreuungsentgelt bei der Kernzeitanmeldung für Halbtagschüler relevant):

(**Wichtig:** Für Kinder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, benötigen wir einen schriftlichen Nachweis über den Bezug von Kindergeld.)

Name	Vorname	geboren am
Name	Vorname	geboren am
Name	Vorname	geboren am

* freiwillige Angabe

Bitte kreuzen Sie das/die gewünschte/n Betreuungsmodul/e an:

Nur für Halbtagschüler (ausschließlich):

Betreuungsentgelt:

<input type="checkbox"/>	Kernzeitbetreuung: Mo-Fr: 07.00 – 13.00 Uhr	71 EUR pro Monat (Staffelung nach Kinderzahl, siehe Richtlinien 7.4.1)
<input type="checkbox"/>	Dienstagbetreuung: Di: 12.30 – 14.00 Uhr (vor dem Nachmittagsunterricht)	26 EUR pro Monat

Nur für Ganztagschüler (ausschließlich):

Betreuungsentgelt:

<input type="checkbox"/>	Frühbetreuung: Mo-Fr: 7.00 - 8.00 Uhr	23 EUR pro Monat
<input type="checkbox"/>	Nachmittagsbetreuung: Mo-Do: 15.50 - 17.00 Uhr	44 EUR pro Monat
<input type="checkbox"/>	Freitagsbetreuung: Fr: 11.30 – 15.00 Uhr	31 EUR pro Monat
<input type="checkbox"/>	Freitagsbetreuung: Fr: 12.30 – 15.00 Uhr	22 EUR pro Monat
<input type="checkbox"/>	Erw. Freitagsbetreuung: Fr: 15.00 - 17.00 Uhr	17 EUR pro Monat

Für alle Betreuungsangebote gelten die Ermäßigungsmöglichkeiten gemäß Ziffer 7.5 und 7.6 der aktuell gültigen Richtlinien. Bitte beachten Sie auch Ziffer 4.5 der aktuell gültigen Richtlinien betreffend des Masernschutzgesetzes.

Mit der Verwendung des Anmeldeformulars gilt die Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung der darin enthaltenen personenbezogenen Daten als erteilt. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung unter www.schorndorf.de/schulkindbetreuung.

Mit unserer Unterschrift erkennen wir die "Richtlinien für die Betreuungsangebote im Rahmen der Verlässlichen Grundschule sowie der Ergänzenden Schulkindbetreuung im Rahmen des Ganztagsbetriebs" als verbindlich an, diese sind jederzeit unter www.schorndorf.de/schulkindbetreuung nachzulesen.

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Es sind ggf. die Unterschriften **von beiden** Sorgeberechtigten erforderlich.

Darüber hinaus ermächtige(n) ich (wir) die Stadt Schorndorf, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Stadt Schorndorf auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann (Wir 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. Die Erteilung des Lastschriftmandats ist freiwillig.

Kontoinhaber(in):

(bitte vollständig ausfüllen!)

Anschrift (Familienname, Vorname, Straße u. Hausnummer, PLZ, Ort)

Name des Kreditinstituts

BIC*:

IBAN*:

D

E

Schorndorf, den

* Die BIC und IBAN-Kontonummern können Sie ggf. bei Ihrer Bank erfragen oder Ihren Konto-Auszügen entnehmen

Datum, Unterschrift der/des Kontoinhaber/s