

Verbindliche Anmeldung für die Teilnahme am Ganztagsangebot der Wilhelm-Arnoul-Schule

Waldstr. 96 64546 Mörfelden-Walldorf



Schule Sekretariat 06105/97507-0



Verwaltung Betreuung 06105-97507-14/-18



ganztag@wilhelm-arnoul-schule.itis-gg.de

Daten des Kindes:

Name:	Geschlecht: m w
Vorname:	Geburtsdatum: Klasse:
Straße:	Wohnort:
Beeinträchtigungen, Allergien:	

Kreuzen Sie die gewünschten Module an:

☐ Frühmodul (Mo-Fr) von 7:00 Uhr – 8:30/ 9:30 Uhr	35,- €/Monat
☐ Mittagmodul (Mo-Fr) Unterrichtsende bis 15:00 Uhr Betreuung: 95,- €/Monat + Mittagessen: 98,78 €/Monat (direkt an den Caterer)	193,78 €/Monat
☐ Spätmodul (Mo-Fr) von 15:00 Uhr bis 17:00 Uhr bzw. ab Ende der AG bis 17:00 Uhr	45,- €/Monat
<i>nur 3 Tage (Kombinationen mit oben möglich)</i>	
☐ Mittagmodul (Di-Do) Unterrichtsende bis 15:00 Uhr Betreuung: 57,- €/Monat + Mittagessen: 58,37 €/Monat (direkt an den Caterer)	115,37 €/Monat
☐ Spätmodul (Di-Do) von 15:00 Uhr bis 17:00 Uhr bzw. ab Ende der AG bis 17:00 Uhr	27,- €/Monat

Bildungs- und Teilhabepaket bzw. Jugendamt

Für Familien, die einen Anspruch auf Leistungen nach SGBII, Kinderzuschlag oder Wohngeld haben, besteht für die Eltern die Möglichkeit der Bezuschussung des Mittagessens über das Bildungs- und Teilhabepaket. Falls das Jugendamt die Nutzungsentgelte für Ihr Kind trägt, bitten wir Sie uns darüber zu informieren. Die Anträge müssen jeweils von den Eltern gestellt werden.

- ☐ Ich werde Anträge auf Unterstützung durch das Jugendamt bzw. Bildungs- und Teilhabepaket stellen.

Bitte Rückseite beachten

☐ Ich bin alleinerziehend.

☐ Wir sind beide berufstätig.

Partner 1 ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit mit ____ Stunden

Partner 2 ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit mit ____ Stunden

Da die zur Verfügung stehenden Plätze begrenzt sind, benötigen wir eine Arbeitgeberbescheinigung über die Arbeitszeiten, die Sie bitte der Anmeldung beifügen.

☐ Geschwisterkinder besuchen das Ganztagsangebot.

Name(n): _____

Ich versichere/Wir versichern, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mir/uns ist bekannt, dass ich verpflichtet bin/wir verpflichtet sind, Änderungen bezüglich des Antrags (z.B. Wohnsitz, Arbeitszeiten, Familienstand) unverzüglich der Verwaltung mitzuteilen.

Ich nehme/Wir nehmen weiterhin zur Kenntnis, dass der Ganztagsbetrieb unverzüglich über Krankheiten, Allergien, Unverträglichkeiten oder die regelmäßige Einnahme von Medikamenten zu informieren ist.

Das Informationsblatt zum Ganztagsangebot der Wilhelm-Arnoul-Schule habe ich/haben wir zur Kenntnis genommen.

Die Anmeldung für alle Betreuungsbausteine ist bis zum **31. März im Sekretariat, bzw. in der Betreuungsverwaltung der Wilhelm-Arnoul-Schule** einzureichen. Falls Sie noch Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Die Zusagen der Wilhelm-Arnoul-Schule sind abzuwarten. Auf der Zusage finden Sie eine genaue Aufstellung der zu zahlenden Entgelte und deren Fälligkeiten.

Das Betreuungsentgelt ist 12 x im Jahr fällig, inkl. der Sommerferien, die schulfreien Zeiten (Ferientage, pädagogische Tag, Rosenmontag, etc.) sind in den Entgeltbeträgen berücksichtigt.

.....
Datum und Ort

.....
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Datenbogen / Wichtige Informationen für die Betreuung in der WAS

Name, Vorname des Kindes:

Personalien der/des Erziehungsberechtigte/n:

Name der Mutter/Lebensgefährtin:	Name des Vaters/Lebensgefährte:
Vorname:	Vorname:
Straße, Nr.:	Straße, Nr.:
PLZ, Ort:	PLZ, Ort:
Email (wichtig):	

Bei wem lebt das Kind?

--

(falls Eltern getrennt leben)

Ich / wir sind im Notfall unter folgenden Rufnummern zu erreichen:

Tel. priv.	Tel. priv.
Mutter Handy:	Vater Handy:
Mutter dienstlich:	Vater dienstlich:

Wenn Eltern nicht erreichbar sind, ist zu erreichen (Name und Tel.):

--

Besonderheiten/Wissenswertes

--

.....
Datum und Ort

.....
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Wilhelm-Arnoul-Schule
Frau Martina Becker
Waldstr. 96

64546 Mörfelden-Walldorf

SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE54ZZZ00000721550

Mandatsreferenz:

(wird in der Bestätigung mitgeteilt)

Ich ermächtige die Wilhelm-Arnoul-Schule, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Wilhelm-Arnoul-Schule auf mein Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend ab dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die von meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger:

Vor- und Nachname:

Kontoinhaber:

Vor- und Nachname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Name des Kreditinstituts:

IBAN: DE__ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

BIC: _____ | ____

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kontoinhaber/in