



Anmeldung OGTS Naila

Name des Kindes: _____

Anschrift: _____

Geburtstag: _____

Geburtsort: _____

Konfession: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Kinderarzt: _____

Krankenkasse: _____

Allergien/ _____

Besonderheiten/ _____

Krankheiten: _____

Medikamente: _____

Klasse: _____

Keine Ausgabe von Medikamenten! Nur mit ärztlichem Attest!



Eltern

Mutter

Name

Vorname

geborene/ r

geboren am

Konfession

Anschrift

Telefon/ Handy

Staatsangehörigkeit

Beruf/ Tätigkeit

**aktuelle Anschrift
des Arbeitsstelle**

Vater

Erklärung

Das Personensorgerecht für _____
haben/ hat _____

Erforderliche Beschlüsse/ Nachweise bei alleinigem Sorgerecht bitte in Kopie beilegen.



Abholberechtigte (Name, Vorname, Telefon):

Schweigepflichtentbindung:

Wir/ Ich sind damit einverstanden, dass ein vollumfänglicher Informationsaustausch zwischen OGTS und Schule stattfinden darf.

Einverständnis:

Wir/ ich sind mit der Veröffentlichung von Bildern in (Zeitung, WIR, Internet) von unserem/ meinem Kind einverstanden

Q.Ja Q.Nein

Pädagogisches Konzept und OGTS Ordnung

Wir/ ich haben das pädagogische Konzept sowie die OGTS Ordnung zur Kenntnis genommen (öffentlich auf der Homepage der Grundschule Naila)

OGTS- Weg:

Wir/ Ich ermächtige die Mitarbeiter der OGTS Naila unser Kind nach durchgeführter Absprache alleine auf dem von uns angegebenen Weg zu schicken. Ab dem Zeitpunkt des Verlassens der OGTS-Räume erlischt die Aufsichtspflicht der OGTS Naila. Ab diesen Zeitpunkt übernehmen wir/ ich die alleinige Verantwortung für unser Kind.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter

Unterschrift Vater



Buchungszeiten während der Schulzeit und Zusatzangebot

Mein Kind besucht die OGTS während der Schulzeit:

Montag bis: _____

Dienstag bis: _____

Mittwoch bis: _____

Donnerstag bis: _____

Zusatzbuchung kostenpflichtig 50,00€ im Monat (Freitag bis 15.00 Uhr)

Freitag bis: _____

Ferienbetreuung der OGTS bis 16.00 Uhr

Montag- Donnerstag 8.00 Uhr – 16.00 Uhr

Freitag 8.00 Uhr – 13.00 Uhr (kein Mittagessen!)

O bis 29 Tage im Jahr 6,67€ im Monat

O ab 30 Tage im Jahr 9,17€ im Monat

Wir bitten Sie folgende Punkte der Ferienbetreuung zu beachten:

- bitte geben Sie Ihrem Kind **täglich 5€** mit (für Eis, Marktbesuch, Nascherei, Ausflüge, etc.)
- bitte denken Sie an wetterfeste Kleidung, sowie Kopfbedeckung
- bitte geben Sie Ihrem Kind täglich genügend Brotzeit und Trinken für Frühstück und Brotzeit am Nachmittag mit
- bitte bestellen Sie täglich ein warmes Mittagessen über das H1, sollten wir selbst kochen, informieren wir Sie rechtzeitig
- bitte beschriften Sie den Ausflugsrucksack Ihres Kindes mit Name und Telefonnummer für den Notfall
- bei Ausflügen und anderen Aktivitäten kommen vereinzelt noch Unkostenbeiträge hinzu (Busfahrt, Eintritt, Essen, usw.). Dies teilen wir Ihnen rechtzeitig mit.

Name des Kindes: _____

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____



Anmeldeformular zur Mittagessenversorgung OGTS Naila

Daten Erziehungsberechtigter

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Daten Essentsteilnehmer:

Vorname: _____

Nachname: _____

Geb.-Datum: _____

Klasse: _____

Geschwister, die ebenfalls an der Mittagsverpflegung teilnehmen werden:

Vorname: _____

Nachname: _____

Geb.-Datum: _____

Klasse: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Geb.-Datum: _____

Klasse: _____

- Ich möchte eine **automatische E-Mail Benachrichtigung**, wenn mein Buchungskonto **einen Stand von 10,00 € unterschreitet**. Zusätzlich erhalte ich auch etwaige weitere Informationen.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Abwicklung der Essensbezahlung elektronisch erfasst und vertraulich behandelt werden. Diese Daten werden nur für diesen Zweck verwendet. Meine Einwilligungserklärung erfolgt freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Dies hätte allerdings zur Folge, dass ab diesem Zeitpunkt die Mittagessenversorgung nicht mehr benutzt werden kann.

Bitte unterschrieben an der Schule abgeben

STADT NAILA



Marktplatz 12
95119 Naila

Wir benötigen Ihre Original-Unterschrift.

Bitte senden Sie den Vordruck ausschließlich per Brief zurück, eine Erteilung per Telefon, Fax oder E-Mail ist nicht möglich, da Ihre Unterschrift im Original vorliegen muss.

Sollten die Angaben im Vordruck korrekt sein, versehen Sie diesen bitte einfach mit Ort, Datum und Unterschrift.
Sollten Einträge im Vordruck fehlerhaft oder unvollständig sein, tragen Sie bitte die korrekten Daten in die vorbereiteten Zeilen ein und versehen den Vordruck ebenfalls mit Ort, Datum und Unterschrift

Name des Kindes:

Erteilung eines SEPA-Laschriftmandats

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, wiederkehrend Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weiss Ich / Wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Angaben zum SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

Stadt Naila

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE61ZZZ00000015943

Mandatsreferenz:

wird gesondert mitgeteilt

Hinweise: 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 Bedingen. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Kontoinhaber: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: DE _____

Ort

Datum

Unterschrift/en Kontoinhaber

Das Mandat ist gültig für:

OGTS-Gebühren