Grundschule Naila - Offene Ganztagesschule

OGTS Naila • Albin- Klöber- Str.11 • 95119 Naila • 09282/9790724 • ogts@naila.de

Anmeldung OGTS Naila

Name des Kindes: _____

Anschrift: _____

_____

Geburtstag: _____

Geburtsort: _____

Konfession: _____

Geschlecht: **männlich O**
weiblich O

Kinderarzt: _____

Krankenkasse: _____

Allergien/ _____

Besonderheiten/ _____

Krankheiten: _____

Medikamente: _____

_____

Klasse: _____

Keine Ausgabe von Medikamenten! Nur mit ärztlichem Attest!

Grundschule Naila - Offene Ganztagesschule

OGTS Naila • Albin- Klöber- Str.11 • 95119 Naila • 09282/9790724 • ogts@naila.de

Eltern

	Mutter	Vater
Name	_____	_____
Vorname	_____	_____
geborene/ r	_____	_____
geboren am	_____	_____
Konfession	_____	_____
Anschrift	_____	_____
	_____	_____
Telefon/ Handy	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____
Beruf/ Tätigkeit	_____	_____
aktuelle Anschrift des Arbeitsstelle	_____	_____
	_____	_____

Erklärung

Das Personensorgerecht für _____
haben/ hat _____

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

Grundschule Naila - Offene Ganztagesschule

OGTS Naila • Albin- Klöber- Str.11 • 95119 Naila • 09282/9790724 • ogts@naila.de

Abholberechtigte (Name, Vorname, Telefon):

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Schweigepflichtentbindung:

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

O Ja O Nein

Einverständnis:

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

O Ja O 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

Grundschule Naila - Offene Ganztagesschule

OGTS Naila • Albin- Klöber- Str.11 • 95119 Naila • 09282/9790724 • ogts@naila.de

Buchungszeiten während der Schulzeit und Zusatzangebot

Mein Kind besucht die OGTS während der Schulzeit:

Montag bis:_____

Dienstag bis:_____

Mittwoch bis:_____

Donnerstag bis:_____

Zusatzbuchung Freitag kostenpflichtig 50,00€ im Monat (Freitag bis 15.00 Uhr) Für die 1. Klassen kostenlos dafür verpflichtend bis 15.30 Uhr/ 16.00 Uhr!

Freitag bis:_____

Ferienbetreuung der OGTS:

Montag- Donnerstag	8.00 Uhr – 16.00 Uhr
Freitag	8.00 Uhr – 13.00 Uhr (kein Mittagessen!)

Die Ferienwoche kostet 60€ und kann individuell gebucht werden. Ferien werden gesondert abgefragt.

Wir bitten Sie folgende Punkte in der OGTS zu beachten:

- bitte denken Sie an wetterfeste Kleidung, sowie Kopfbedeckung
- bitte geben Sie Ihrem Kind täglich genügend Brotzeit und Trinken für den Nachmittag mit
- bitte bestellen Sie täglich ein warmes Mittagessen über das H1 - füllen Sie bitte Elternbriefe schnell und gewissenhaft aus

Name des Kindes:_____

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten:_____

Grundschule Naila - Offene Ganztagesschule

OGTS Naila • Albin- Klöber- Str.11 • 95119 Naila • 09282/9790724 • ogts@naila.de

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: _____

O 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.

_____

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter

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 einzlösen.

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