

Buchungsnummer: \_\_\_\_\_ (nur von Verwaltung auszufüllen)

# Anmeldung und Betreuungsvereinbarung



**Saarland**  
Sozialpädagogisches  
Netzwerk SPN

## in der Freiwilligen Ganztagschule (FGTS)

-Modell 1-

\_\_\_\_\_  
Name der Schule

### 1. Anmeldung und Vertragslaufzeit

Anmeldung ab dem \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ bis zum 31.07.20\_\_\_\_

Die Vertragslaufzeit beträgt ein Schuljahr.

Eine kontinuierliche Teilnahme am Ganztagsangebot wird vorausgesetzt.

### 2. Zur Person des Kindes -nur in Druckbuchstaben auszufüllen-

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Nationalität Geschlecht  Weiblich  
 Männlich

\_\_\_\_\_  
Straße PLZ Ort

Ist die Gesundheit des Kindes beeinträchtigt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Bitte angeben: Allergien o. ä.)

### 3. Zur Person der Erziehungsberechtigten und den Eltern

-nur in Druckbuchstaben auszufüllen-

\_\_\_\_\_  
Wem steht die elterliche Sorge zu?

**Mutter:**

\_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum Nationalität

**Adresse:**

\_\_\_\_\_  
Straße PLZ Ort

**Telefon:**

\_\_\_\_\_  
Privat Mobil/Dienstlich E-Mail

**Vater:**

\_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum Nationalität

**Adresse:**

\_\_\_\_\_  
Straße PLZ Ort

**Telefon:**

\_\_\_\_\_  
Privat Mobil/Dienstlich E-Mail

#### **4. Weitere Angaben, Abholungsberechtigte**

Mein Kind darf alleine nach Hause gehen:  Ja

Nein

Das Kind darf von folgenden Personen abgeholt werden:

	Name	Vorname	Adresse	Telefon/Mobil
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

#### **5. Kosten und Geschwisterrabatt**

Es wird ein Geschwisterrabatt gewährt, wenn mindestens zwei Kinder ein Nachmittagsangebot in einer Freiwilligen Ganztagschule besuchen.

Haben Sie Geschwisterkinder in einem Nachmittagsangebot in einer Freiwilligen Ganztagschule angemeldet?

Ja

\_\_\_\_\_

Name des Geschwisterkindes

\_\_\_\_\_

Name der Schule

##### **Bitte wählen Sie ihr Betreuungsangebot:**

tägliche Betreuung bis 15.00 Uhr zu einem Entgelt von 20 Euro/Monat

tägliche Betreuung bis 17.00 Uhr zu einem Entgelt von 40 Euro/Monat

Nein

##### **Bitte wählen Sie ihr Betreuungsangebot:**

tägliche Betreuung bis 15.00 Uhr zu einem Entgelt von 30 Euro/Monat

tägliche Betreuung bis 17.00 Uhr zu einem Entgelt von 60 Euro/Monat

#### **6. Recht am eigenen Bild**

a.) Ich bin damit einverstanden, dass Bilder zu Repräsentations- und Dokumentationszwecken veröffentlicht werden dürfen.

Ja

Nein

#### **7. Betreuungszeiten und Schließtage**

a) Es wird grundsätzlich gemäß dem Förderprogramm 2013 für alle Kinder der FGTS eine Ganztagsbetreuung angeboten. Zur Sicherung einer hochwertigen pädagogischen Dienstleistung bedarf es einer kontinuierlichen Teilnahme am Ganztagsangebot.

b) Die Steuerungsgruppe FGTS legt pro Schuljahr 26 Schließtage fest, an denen keine Betreuung stattfindet.

c) Die Betreuung findet verbindlich an 5 Schultagen/Woche, jeweils ab Ende der 5. Unterrichtsstunde und je nach Anmeldung bis 15.00 Uhr/17.00 Uhr statt.

d) Eine Betreuung vor dem Unterricht ist nicht möglich. Die Pflicht zur Betreuung beginnt mit dem Eintreffen des Kindes in der Einrichtung und endet beim Verlassen der Einrichtung.

Kann das Kind nicht an der Betreuung teilnehmen, ist das Personal der Gruppe darüber zu informieren.

#### **8. Teilnahme an den täglichen Mahlzeiten**

Die tägliche Teilnahme am Mittagessen ist verpflichtend. Es werden pro Mahlzeit \_\_\_\_\_ Euro berechnet.

## 9. Gesundheitszustand

Das Kind darf die Einrichtung nicht besuchen, wenn es erkrankt ist oder in der Familie eine ansteckende Krankheit aufgetreten ist. Im Falle des Auftretens einer ansteckenden Erkrankung in der Familie sind die Eltern verpflichtet, dies sofort der Einrichtung zu melden. Die Einrichtung kann erst dann wieder besucht werden, wenn durch ein ärztliches Attest bestätigt wird, dass die Krankheit überstanden ist und Ansteckungsgefahr nicht mehr besteht.

## 10. Zahlungen

- a) Die aktuellen Monatsbeiträge für das Betreuungsangebot sowie die bestellten Mahlzeiten **vom Vormonat** werden monatlich per Lastschrift eingezogen. Die als Anlage beigefügte Einzugsermächtigung ist Bestandteil dieses Vertrages.
- b) Sofern infolge fehlender Deckung der Betrag nicht eingezogen werden kann, haben die Erziehungsberechtigten die dadurch entstehenden Bankgebühren und Mahnkosten zu tragen und angefallene Rückstände mit 3,00 € Bankgebühren bis zum 10. eines Monats zu überweisen.
- c) Geben sie bei den Zahlungen immer **die entsprechende Buchungsnummer** an, die im Titel der Anmeldung zu finden ist.
- d) Der Unterzeichner willigt in die Datenspeicherung und der Möglichkeit der interessenbedingten Weitergabe, insbesondere gem. § 9 DSGVO ein.
- e) „Zum Zwecke einer möglichen Bonitätsprüfung übermittelt uns die Creditreform Boniversum GmbH, Hellersbergstr. 11, 41460 Neuss, die in ihrer Datenbank zu Ihrer Person gespeicherten Adress- und Bonitätsdaten, sofern wir unser berechtigtes Interesse glaubhaft dargelegt haben. Weitere Informationen finden Sie unter [www.boniversum.de/privatkunden](http://www.boniversum.de/privatkunden)“.

**Konto - Nr. 82 129 297 bei der Sparkasse Saarbrücken, BLZ 590 501 01  
oder (gültig ab 01.01.2014): IBAN DE67590501010082129297 BIC SAKSDE55XXX**

## 11. Haftung der Einrichtung

Bei Beschädigung oder Diebstahl von Wertgegenständen oder Bekleidung des Kindes wird keine Haftung übernommen.

## 12. Dauer, Verlängerung und ordentliche Kündigung der Vereinbarung

Die Vertragslaufzeit beträgt grundsätzlich ein Schuljahr. Die getroffene Vereinbarung verlängert sich automatisch um ein weiteres Schuljahr, wenn die Erziehungsberechtigten oder die Arbeiterwohlfahrt bis spätestens vier Wochen vor Schuljahresende keine **schriftliche** Kündigung erklären.

## 13. Außerordentliche Kündigung der Vereinbarung

Der Arbeiterwohlfahrt steht insbesondere in folgenden Fällen ein außerordentliches Kündigungsrecht zu:

- falls das Kind die eigene Gesundheit oder die Gesundheit Dritter trotz schriftlicher Abmahnung der Erziehungsberechtigten wiederholt gefährdet
- bei wiederholter und unentschuldigter Abwesenheit des Kindes
- falls die Erziehungsberechtigten mit der Zahlung des monatlichen Entgelts in Höhe eines Betrages von zwei Monatsentgelten in Verzug sind.

## 14. Geltungsvorbehalt

Die vorliegende Vereinbarung wird für beide Vertragsparteien erst bei Vorliegen der Bewilligung der jeweiligen Gruppe durch das Ministerium für Bildung rechtsverbindlich.

---

Ort, Datum und Unterschrift  
Erziehungsberechtigte\*r

---

Ort, Datum und Unterschrift  
Einrichtungsleitung

SPN der Arbeiterwohlfahrt  
Geschäftsbereich Freiwillige Ganztagschulen  
Moselstraße 8, 66424 Homburg  
Tel. 06841-960312 oder 06841-960317 Fax: 06841-960322

Name der Schule : .....

Name des Kindes: .....

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE23ZZZ00000038258**

Mandatsreferenz: .....

### **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die Arbeiterwohlfahrt Landesverband Saarland e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Arbeiterwohlfahrt Landesverband Saarland e. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis:

1. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
2. Ich verzichte auf die schriftliche monatliche Vorankündigung über Datum und Höhe des Abbuchungsbetrages.

.....  
Vorname und Name (Kontoinhaber\*in, ggfs. Konto-Bevollmächtigte\*r)

.....  
Straße / Haus. Nr.

.....  
Postleitzahl und Ort

Name Kreditinstitut:

BIC:

IBAN:

..... Ort, Datum

.....  
Unterschrift  
(Kontoinhaber\*in/Kontobevollmächtigte\*r)

.....  
Unterschrift in Druckbuchstaben  
(Kontoinhaber\*in/Kontobevollmächtigte\*r)

# Sozialpädagogisches Netzwerk der Arbeiterwohlfahrt

Geschäftsbereich  
Schulkooperationsprojekte  
Moselstraße 8  
66424 Homburg

## Bescheinigung für Kostenträger

Für die Teilnahme an einem nachmittäglichen Betreuungsangebot an einer Freiwilligen Ganztagschule unter Trägerschaft der Arbeiterwohlfahrt.

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Schuljahr: \_\_\_\_\_

Betreuungsbeginn: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Geschwisterkind:  Ja  Nein

Betreuungszeit:  bis 15 Uhr  bis 17 Uhr

Monatsbeitrag: \_\_\_\_\_ Euro

Kosten pro Essen: \_\_\_\_\_ Euro

---

Stempel, Ort, Datum

Unterschrift Einrichtungsleitung