Kommunales Betreuungsangebot
an der Nachbarschafts-Grundschule Staig

Gemeinde Staig
Kernzeit- und Nachmittagsbetreuung
Schulweg 10

89195 Staig

☎: 07346 9205229
✉ : kernzeit-staig@web.de

☐ Neuanmeldung ☐ Wiederanmeldung zum: _____

☐ Änderung ☐ Abmeldung

-zutreffendes bitte ankreuzen und Datum eintragen-

1. Angaben zum betreuten Kind (* sind Pflichtfelder)

_____ _____ _____
Name, Vorname Geburtsdatum Klasse

_____
Wichtige Hinweise (z.B. Allergien, Medikamente…)

2. Angaben des Erziehungsberechtigten

_____ _____
Name, Vorname Tel. / Handy

_____ _____
Adresse E-Mail

_____ _____
Ansprechpartner während der Betreuungszeit Tel. / Handy

3. Betreuungsbedarf:

Kernzeit:
(7.00 –13.00 Uhr)

5 Tage/Wo (60,00€)

je Tag/Wo (15,00€)

☐Mo ☐Di ☐Mi ☐Do ☐Fr

Verlängerte Betreuung:
(13.00 bis 14.00 Uhr)

je Tag/Wo (10,00€)

☐Mo ☐Di ☐Mi ☐Do ☐Fr

Nachmittags-Betreuung:
(14.00 bis 16.00 Uhr)

☐ Montag (20,00€)

☐ Dienstag (20,00€)

☐ Donnerstag (20,00€)

Bitte wenden →

Die Informationen zur Kernzeit und Nachmittagsbetreuung sowie die allgemeinen Geschäftsbedingungen zum kommunalen Betreuungsangebot an der Nachbarschafts-Grundschule Staig habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.
Ich bin damit einverstanden, dass das Betreuungspersonal mit den Lehrkräften der Schule im Hinblick auf die Situation des Kindes Informationen austauscht.
Ich weiß, dass ich jede Änderung der für mein Kind vereinbarten Anfangs- und Schlusszeit dem Betreuungspersonal mitteilen muss. Dies gilt auch im Falle einer Krankheit oder sonstigen Abwesenheit des Kindes.

X

Ort, Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten

SEPA-Lastschriftmandat: Gläubiger-Identifikationsnummer: DE22ZZZ00000169226

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Verbandskasse des GVV Kirchberg-Weihungstal für die Gemeinde Staig von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Lastschrift die Kernzeitbetreuungsgebühren einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Staig auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN BIC

Kreditinstitut

Vor- und Zuname, Anschrift des Kontoinhabers (soweit nicht mit 2. identisch)

X

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers

Die Unterschrift **muss** durch den Kontoinhaber erfolgen. Sind mehrere Personen zur Unterschrift berechtigt, bitten wir alle zu unterschreiben.

NICHT AUSFÜLLEN!! Wird anhand des Stundenplans berechnet!

Kernzeit: (7.00 bis 13.00 Uhr)	**Verl. Betreuung:** (13.00 bis 14.00 Uhr)	**Nachmittags-Betreuung:** (14.00 bis 16.00 Uhr)
☐ 5 Tage/Wo 60,00€	je Tag ☐ 10,00€	☐ Montag 20,00€
☐ je Tag/Wo 15,00€		☐ Dienstag 20,00€
		☐ Donnerstag 20,00€

Bearbeitungshinweise:
Original an Veranlagungsstelle am: _____
EDV erfasst am: _____
PK: _____

Gesamtpreis pro Monat: _____€