



1. Anmeldung Offene Ganztagschule Markt Indersdorf **für das Schuljahr 2024 / 2025**

Angaben zum Kind

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Straße, Nr.: _____

Beginn der Betreuung (Monat): _____ PLZ, Ort: _____

Klasse im Schuljahr 24 / 25: _____

Das Kind wurde auch für den **Gebundenen Ganztag** im SJ24/25 angemeldet: ja nein

Ich priorisiere: **Offene Ganztageschule** (im Anschluss an Halbtagesklasse) **Gebundener Ganztag**

Das Kind wird voraussichtlich ab der 7. Klassen den M- Zweig besuchen: ja nein

Angaben zu Sorgeberechtigter 1 (z. B. Mutter / Vater)

Name: _____ Telefon (Festnetz) _____

Straße, Nr.: _____ Telefon (Mobil): _____

PLZ, Ort: _____ E-Mail (notwendig!): _____

Angaben zu Sorgeberechtigter 2 (z. B. Mutter / Vater)

Name: _____ Telefon (Festnetz): _____

Straße, Nr.: _____ Telefon (Mobil): _____

PLZ, Ort.: _____ E-Mail (notwendig!): _____

Bitte ankreuzen, an welcher Variante der Offenen Ganztagschule Ihr Kind angemeldet wird:

11 Monatsbeiträge (Fälligkeit zum 30. / 31. des laufenden Monats!)

Offene Ganztageschule (Montag bis Donnerstag)

4 Tage / Woche bis 16:00 Uhr kostenfrei

Optional zubuchbar im Anschluss an die Offene Ganztagschule von 16:00 bis 17:00:

Intensiv- Gruppe (Lernbegleitung & Vorbereitung Prüfungen im Anschluss an die Offene Ganztageschule) **-gewünschte Tage bitte auf Stammdatenblatt angeben-**

2 Tage / Woche 16:00 bis 17:00 Uhr 125,00 €/ Monatsbeitrag

3 Tage / Woche 16:00 bis 17:00 Uhr 158,00 €/ Monatsbeitrag

4 Tage / Woche 16:00 bis 17:00 Uhr 188,00 €/ Monatsbeitrag

DIE DOKUMENTE BITTE IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Vorname des Kindes: _____ Nachname: _____

Einrichtung: OGS Mittelschule Markt Indersdorf



Ermächtigung zum Lastschrifteinzug (nur bei Buchung „Intensiv- Gruppe“ notwendig):

Namen des Kontoinhabers: _____

Straße, Nr.: _____ (auszufüllen, wenn der Kontoinhaber NICHT sorgeberechtigt ist)

PLZ, Ort: _____ (auszufüllen, wenn der Kontoinhaber NICHT sorgeberechtigt ist)

Telefonnummer: _____ (auszufüllen, wenn der Kontoinhaber NICHT sorgeberechtigt ist)

Kreditinstitut / Bank: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Datum der Unterschrift: _____ Unterschrift: _____

Eine Änderung der Beitragshöhe oder der Buchungszeiten bedarf keines neuen Lastschriftmandats. Die monatlichen Beiträge, werden rückwirkend für den vorherigen Monat eingezogen, **d. h. Sie müssen den Beitrag NICHT überweisen!**

Mit meiner Unterschrift bestätige/n ich/wir, dass ich/wir den Inhalt des Vertrages sowie die Bedingungen (s. Anlage 3.) zum Besuch der Offenen Ganztagschule gelesen habe/n und akzeptiere/n. (Der Vertrag kommt nur unter Annahme der Bedingungen zustande.) Zudem betätige/n ich/wir die Richtigkeit der Angaben im Vertrag.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten



2. Stammdatenblatt

Name des Kindes: _____	Vorname: _____	Familiensprache: _____
Wohnort: _____	Straße: _____	
Geburtsdatum: _____	Geschlecht: <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> divers	
Sorgeberechtigte (Namen): _____		
E-Mail-Adresse/n für Elternnachricht (Es ist verpflichtend, mindestens eine E-Mail-Adresse anzugeben!) _____		
Tel.Nr. Sorgeberechtigter 1: _____		
Tel.Nr. Sorgeberechtigter 2: _____		
Notfallkontakte , die im Fall der Nichterreichbarkeit der Sorgeberechtigten kontaktiert werden können. (z. B. Arbeitgeber, Großeltern, sonstige Verwandte, Nachbarn, etc.)		
Vor- und Nachname: _____		Tel.nr.: _____
Vor- und Nachname: _____		Tel.nr.: _____
Vor- und Nachname: _____		Tel.nr.: _____

Klasse im Schuljahr 24 / 25: _____	Religionsunterricht: <input type="radio"/> evangelisch <input type="radio"/> katholisch <input type="radio"/> Ethik
---	--

Mein Kind:	<input type="radio"/> wird abgeholt .		
	<input type="radio"/> geht allein nach Hause .		
	<input type="radio"/> fährt um _____ Uhr mit dem Bus Nummer _____		
soll an folgenden Tagen das kostenpflichtige Zusatzangebot (Intensiv- Gruppe) besuchen:			
<input type="radio"/> Montag	<input type="radio"/> Dienstag	<input type="radio"/> Mittwoch	<input type="radio"/> Donnerstag
Mein / uns Kind geht nach dem Nachmittagsunterricht in der Schule direkt nach Hause und kommt an diesem Tag nicht in die OGS. Wenn der Nachmittagsunterricht entfällt, geht es regulär in die OGS. <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			

Folgende Personen sind abholberechtigt :	
Vor- und Nachname: _____	Tel.nr.: _____
Vor- und Nachname: _____	Tel.nr.: _____
Vor- und Nachname: _____	Tel.nr.: _____
Wenn die Person den Mitarbeitenden nicht bekannt ist, behalten wir uns vor, die Identität durch einen Lichtbildausweis bestätigen zu lassen.	

DIE DOKUMENTE BITTE IN DRUCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Vorname des Kindes: _____ Nachname: _____

Einrichtung: OGS Mittelschule Markt Indersdorf



Besonderheiten

Unverträglichkeiten / Besonderheiten beim Essen / Allergien:

Bestand / besteht Förderbedarf (z. B. Ergo, Logo, Heilpädagogik etc.; freiwillige Angaben):

Erkrankungen / Besonderheiten (ADS, ADHS, Autismus etc.; freiwillige Angaben):

Medikamentengabe (bei chronischen Erkrankungen / Ausfüllen des anhängenden Blattes ist notwendig!):

Hiermit erteile ich mein **Einverständnis**, dass

mein Kind **fotografiert** werden darf

mein Kind **gefilmt** werden darf

und die angegebenen Medien für interne Zwecke (z. B. Aushänge) und Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Zeitungsartikel, Homepage, Jahresberichte etc.) vom Träger verwendet werden dürfen. Bitte ankreuzen, wenn Sie zustimmen!

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

WICHTIG!

Wir bitten Sie die Anmeldung für Ihr Kind / Ihrer Kinder folgendermaßen abzugeben. Eine digitale Übermittlung der Anmeldung wird priorisiert!

Per E-Mail unter:

Ogs.indersdorf@zweckverband-jugendarbeit.de

Per Post unter:

Zweckverband Jugendarbeit

Hauptstraße 60

85778 Haimhausen