**Anmeldung für das Betreuungsangebot an der Stellbergschule Homberg für das Schuljahr 20\_\_\_**

**Bitte die Anmeldung im Sekretariat der Schule abgeben!**

**Trägerverein:**

Förderverein der Stellbergschule

Vertreten durch: Kathrin Stuhlmann, Birgit Kieburg, Rudolf-Harbig-Str. 2, 34576 Homberg, Tel.: 05681-2935
Betreuung: Lena Gerhardt, 0179/5069881

E-Mail Stellbergschule: poststelle@G.HombergS.schulverwaltung.hessen.de

Name des Kindes: …………………………………………………………………………………………

Name der/des Erziehungsberechtigten: …………………………………………………………………………..

Anschrift: ……………………………………………………………………………………….

Telefon: ……………………………………………………………………………………….

O.g. Kind wird für das Schuljahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ für die Betreuung angemeldet. Der Zeitraum der Anmeldung bezieht sich auf das **gesamte Schuljahr vom 01. August bis 31. Juli des folgenden Jahres.**

**NEU: (nur bei nachgewiesenem Bedarf, Anzahl der Plätze begrenzt)**

O ab 07:00 Uhr mit einem zusätzlichen Kostenaufwand in Höhe von 10,00 EUR auf die u. g. Beträge.

**Ab einer Betreuungszeit bis 15:00 Uhr ist die Teilnahme am Mittagessen (3,90 €/Mahlzeit) verpflichtend.**

O zwischen 07:30 Uhr und 14:00 Uhr (monatlich 55,00 €) Mittagessen: O ja O nein

O zwischen 07:30 Uhr und 15:00 Uhr (monatlich 70,00 €)

O zwischen 07:30 Uhr und 17:00 Uhr (monatlich 100,00 €)

O Ein Geschwisterkind ist ebenfalls in der Betreuung angemeldet (ab dem 2. Kind einer Familie halbiert sich

 der monatliche Betreuungspreis für das 2. Kind)

O **am Montag** O **am Dienstag** O **am Mittwoch** O **am Donnerstag** O **am Freitag**

Folgende Ernährungseinschränkungen sind zu beachten: z. B.

O **Allergien** O **Vegetarier** O **Religion** O **Sonstiges**

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger „Förderverein der Stellbergschule“ (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE29ZZZ00001163932) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „Förderverein der Stellbergschule“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer (wird vom Verein vergeben)

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

IBAN: ………………………………………………………………………

**Datenschutz** Zur Abwicklung des Betreuungs- und Essensangebotes ist die Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung an berechtigte Stellen von personenbezogenen Daten erforderlich. Diese Daten werden ausschließlich für die beantragten Zwecke verwendet. Mit Ihrer Anmeldung stimmen Sie der Datenverarbeitung zu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber