**Anmeldeformular Schulische Nachmittagsbetreuung**

**Abgabe bis zum 12. September 2024 bei der Direktion oder Klassenlehrer\*in**

*(Abmeldungen/Änderungen der Tage sind nur zum Semesterende möglich!)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| **Einrichtung** | VS Luftenberg | | | | | |
| **Angaben zum Kind:** | | | | | | |
| **Name** |  | | | | | |
| **Adresse** |  | | | | | |
| **Geburtsdatum** |  | **SV-Nummer** |  | | **Religion** |  |
| **Muttersprache** |  | **Staatsbürgerschaft** |  | | **Klasse** |  |
| **Geschwister** |  | | | | | |
|  | **Angaben zur Mutter:**  **Erziehungsberechtigte ja 🞎 nein 🞎** | | | **Angaben zum Vater:**  **Erziehungsberechtigter ja 🞎 nein 🞎** | | |
| **Name** |  | | |  | | |
| **Adresse** |  | | |  | | |
| **Geburtsdatum** |  | | |  | | |
| **SV-Nummer** |  | | |  | | |
| **Familienstand** |  | | |  | | |
| **E-Mail** |  | | |  | | |
| **Tel.-Nummer** |  | | |  | | |
| **Arbeitgeber** |  | | |  | | |
| **Tel. Arbeitgeber** |  | | |  | | |
|  | | | | | | |
| Wird das Kind abgeholt? | | | **ja 🞎 nein 🞎** | | | |
| Das Kind darf ab …..…… Uhr die Einrichtung selbstständig verlassen. | | | **ja 🞎 nein 🞎** | | | |
| Fährt mit dem OÖVV Bus nach Hause. | | | **Ja 🞎 nein 🞎** | | | |
| Fährt mit Rammerstorfer Bus nach Hause. | | | **Ja 🞎 nein 🞎** | | | |

**Abholzeiten:** **Mo – Do:** 13:30 Uhr oder 14:30 (je nach Lernzeit) und ab 16:00 Uhr bis 17:00 Uhr jederzeit möglich

**Fr:** 14:00 Uhr bis 16:00 Uhr jederzeit möglich

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mein Kind wird die Einrichtung zu folgenden Zeiten besuchen/ es soll auch mittags ein warmes Essen bekommen: | | |
| Montag | bis | Mittagessen **ja 🞎 nein 🞎** |
| Dienstag | bis | Mittagessen **ja 🞎 nein 🞎** |
| Mittwoch | bis | Mittagessen **ja 🞎 nein 🞎** |
| Donnerstag | bis | Mittagessen **ja 🞎 nein 🞎** |
| Freitag | bis | Mittagessen **ja 🞎 nein 🞎** |

Außer mir, dem Unterzeichnenden des Anmeldeformulars, dürfen folgende Personen mein Kind abholen:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Telefon |  |
| Name |  | Telefon |  |
| **Darf das Kind von jemandem nicht abgeholt werden? Ja 🞎 Name:** | | | |

Falls ihr Kind Interesse an einem unserer Zusatzangebote hat, so kreuzen Sie bitte diesen Wunsch in der Übersicht an.

**Wenn Sie ihr Kind für Spiel und Spaß mit dem Ball, Schach, dekoratives Gestalten oder Flöte anmelden, dann ist ihr Kind an dem Tag auch automatisch zur Nachmittagsbetreuung angemeldet.**

|  |
| --- |
| 🞎 Montag – Schach (1.Semester)  🞎 Montag – Flöte für Anfänger 1 und 2 Klasse    🞎 Mittwoch – dekoratives Gestalten    🞎 Donnerstag – Spiel und Spaß mit dem Ball |

**Das tatsächliche Zustandekommen der Angebote hängt von den Anmeldungen ab und kann sich mit der Erstellung des Stundenplanes am Schulbeginn ändern!**

Ich melde mein Kind für das Schuljahr 2024/25 zur schulischen Nachmittagsbetreuung an:

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

Unterschrift

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

**Tarife:** 1 Tag/Woche Maximaltarif: € 44,00

2 Tage/Woche Maximaltarif: € 59,00 Zusätzliche Kosten für das Mittagessen:

3 Tage/Woche Maximaltarif: € 86,00 € 6,10 pro Essen

4 Tage/Woche Maximaltarif: € 115,00

5 Tage/Woche Maximaltarif: € 144,00

Sozial gestaffelte Ermäßigungen nach dem Familienbruttoeinkommen sind möglich (Einkommensunterlagen erforderlich). Wenn kein Antrag auf Ermäßigung gestellt wird, wird automatisch der Höchstbeitrag verrechnet.

Antrag auf Ermäßigung: **ja 🞎 nein 🞎**

Nähere Details entnehmen Sie bitte der Tarifordnung nach GR-Beschluss.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Einzugsermächtigung betreffend Kind \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(Vor- und Nachname des Kindes angeben!)** | | | | |
| Ich, ermächtige hiermit die Familienzentren GmbH der OÖ Kinderfreunde, die oben angeführten Beträge monatlich von meinem Konto abzubuchen. Es gelten die „Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Österreichischen Kreditunternehmen“ in ihrer letztgültigen Fassung. Die Kosten für etwaige Bankspesen für nicht eingelöste Bankeinzüge (bei Verschulden den Kunden) sind vom Kunden zu tragen. | | | | |
| Kontoinhaber |  | | | |
| Name der Bank |  | | | |
| IBAN: |  | | BIC: |  |
|  Bitte senden Sie mir monatlich eine Rechnung über den abgebuchten (die Rechnungen werden vorrangig per Mail an die angegebene Adresse versendet)   Ich benötige keine Rechnung | | | | |
| **Datum:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **Unterschrift:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
|  | |  | | |

**Wichtige Informationen zu Ihrem Kind**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gesundheitliche Informationen** | | | |
| Hausärzt\*in des Kindes |  | Tel.: |  |
| Adresse |  | | |
| Erhaltene Impfungen (Tetanus, FSME,…) |  | | |
| Infektionskrankheiten (wie  Masern, Röteln) |  | | |
| Bestehende Allergien |  | | |
| Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen (In diesem Fall sprechen Sie bitte mit der Leiterin! Es geht um die Sicherheit Ihres Kindes!) | | | |
| **Kaliumjodid-Tabletten** | | | |
| 🞎 Ja, ich erteile die Bewilligung, meinem Kind im Katastrophenfall nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen gegen die Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten bekannt sind. Das entsprechende Merkblatt für die Eltern habe ich gelesen.  🞎 Nein, ich erteile diese Berechtigung nicht. | | | |
| Mein Kind darf im Gebäude barfuß laufen ja 🞎 nein 🞎  im Garten barfuß laufen ja 🞎 nein 🞎 | | | |

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos meines Kindes, die während der Betreuung gemacht wurden, für Berichte über die Einrichtung und für die Homepage der Schule verwendet werden dürfen. Ich stimme zu, dass die angegebenen Daten EDV unterstützt verarbeitet werden dürfen und an das Amt der Oö. Landesregierung und an die Wohnsitzgemeinde übermittelt werden dürfen. Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben. Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Änderungen bitte immer schriftlich der NABE Leitung mitteilen!**

**NABE: 0699 16 886272 E-Mail: nabe.luftenberg@kinderfreunde.cc**