**Anmeldeformular Schulische Nachmittagsbetreuung**

**(Abgabe bis zum 12. September bei der Klassenlehrer\*in, Direktion oder NABE)**

**Öffnungszeiten:** Mo – Do: bis 16:00 Uhr

 Fr: bis 15:00 Uhr

Abmeldungen sind nur zum Semesterende möglich!

|  |
| --- |
| **Bitte mit schwarzem Stift ausfüllen!** |
| **Einrichtung** | Schulische Nachmittagsbetreuung Schwertberg |
| **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\*** |  |  |
| \* telefonische Erreichbarkeit am Nachmittag eventuell über Arbeitgeber |
| Wird das Kind abgeholt? | **ja 🞎 nein 🞎** |
| Das Kind darf ab …..…… Uhr die Einrichtung selbstständig verlassen. | **ja 🞎 nein 🞎** |

|  |
| --- |
| Mein Kind wird die Einrichtung zu folgenden Zeiten besuchen/ es soll auch mittags ein warmes Essen bekommen:\*(Abholung vor den Lernzeiten nicht möglich, dazwischen nur in Ausnahmefällen mit Begründung - Vorgabe vom Land OÖ) Mo-Do können die Kinder ab 16 Uhr jederzeit abgeholt. Danke für Ihr Verständnis! |
| Montag | **🞎**14:00 Uhr **🞎**16:00 Uhr  | Mittagessen **ja 🞎 nein 🞎** |
| Dienstag | **🞎**14:00 Uhr **🞎**16:00 Uhr  | Mittagessen **ja 🞎 nein 🞎** |
| Mittwoch | **🞎**14:00 Uhr **🞎**16:00 Uhr  | Mittagessen **ja 🞎 nein 🞎** |
| Donnerstag | **🞎**14:00 Uhr **🞎**16:00 Uhr  | Mittagessen **ja 🞎 nein 🞎** |
| Freitag | **🞎**14:00 Uhr **🞎**15:00 Uhr  | 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:** |

**Wichtige Informationen zu Ihrem Kind**

|  |
| --- |
| **Gesundheitliche Informationen** |
| Hausarzt 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! |
| Aktuelle Befunde (Entwicklungsverzögerungen, Defizite) |  |
| **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.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tarife:**

**Wichtig!!!** Der Tarif wird – wie im Hort - nach dem Einkommen und nach dem Besuch für schulfreie Zeiten berechnet. Es ist daher notwendig, dass Sie bis **30. September 2024 einen Einkommensnachweis (Jahreslohnzettel oder Nachweis über die letzten 3 Monate) vorlegen. Sollten Sie dies verabsäumen, wird Ihnen automatisch der Höchstbeitrag verrechnet. (sh. beiliegende Tarifordnung).** Es kann bei mehreren Kindern ein Geschwisterabschlag gewährt werden.

**Mittagessen:** € 4,30 je Portion (Familienförderung: Ansuchen Gemeinde!)

|  |
| --- |
| **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ferien:**

Die Betreuung wird an **schulfreien Tagen, in den Herbst- und Semesterferien sowie in den Sommerferien (Juli und eine Woche vor Schulbeginn) bei ausreichendem Bedarf** angeboten!

Gewünschte Tage ankreuzen!

 Herbstferien 28. 10. 2024: O Mo. von \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 30. 10. 2024: O Mi. von \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 31. 10. 2024: O Do. von \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Semesterferien 17. 02. 2025: O Mo von \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 18. 02. 2025: O Di von \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 19. 02. 2025: O Mi von \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 20. 02. 2025: O Do von \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 21. 02. 2025: O Fr von \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Schulfreie Tage: 30. 05. 2025 O Fr von \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 20. 06. 2025 O Fr von \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_