



Anmeldung für die offene Ganztagschule (OGS) der **Grundschule** Siegsdorf Schuljahr 2024/2025

Beachten Sie bitte folgende Hinweise:

- Betreuungszeiten: Montag bis Donnerstag jeweils von Unterrichtsschluss bis 16:00 Uhr.
- Die Anmeldung ist mindestens für 2 und maximal 4 Nachmittage möglich.
- Es besteht die Möglichkeit zusätzlich den kostenpflichtigen Freitag bis 14:30 Uhr zu buchen.
- Die OGS der Grundschule von Montag bis Donnerstag ist kostenfrei; lediglich das tägliche Mittagessen ist zu bezahlen (voraussichtlich 5,30 € pro Mahlzeit).
- Eine getätigte Anmeldung **verpflichtet** zum **ganzjährigen** Besuch der OGS.
- Bei frühzeitiger Abholung von der Schule muss die Einrichtungsleitung (08662/6688622) telefonisch oder schriftlich verständigt werden.
- Schüler können vom Besuch der OGS ausgeschlossen werden, wenn eine ansteckende Krankheit vorliegt, der Einrichtungsbetrieb nachhaltig gestört wird/oder den Anweisungen des Personals nicht Folge geleistet wird.
- Sollte Ihr Kind an einem Tag aus zwingenden Gründen nicht zur OGS kommen können, so stellen Sie bitte **frühzeitig** bei der Schulleitung einen Antrag auf Befreiung über den Schulmanager oder unter Downloads/OGS/... unserer Schulhomepage.

Schüler/in: Nachname, Vorname	derzeit besuchte Schule: Klasse: <input type="text"/>								
Anschrift:	Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ): <table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>2</td><td>0</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	0	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Erziehungsberechtigte: Nachname/n, Vorname/n	ggf. E-Mail:								
Anschrift (<i>falls abweichend von obiger</i>):	Telefonnummer/n:								
Ansprechpartner im Notfall (<i>falls abweichend von obiger</i>):	Notfallnummer:								
Bitte etwaige gesundheitliche Beeinträchtigungen angeben:									

Verbindliche Anmeldung zur OGS:

1. Uns/Mir ist bekannt, dass die Anmeldung für das Schuljahr 2024/2025 **verbindlich** ist und **für 1 Jahr** gilt; der/die angemeldete Schüler/in ist im Umfang der Anzahl der gebuchten Nachmittage zum Besuch verpflichtet.
2. Uns/Mir ist bekannt, dass kein Rechtsanspruch auf eine Ganztagsbetreuung besteht und die Anmeldung nur unter dem Vorbehalt des Zustandekommens einer staatlich genehmigten Gruppe wirksam werden kann.
3. Ich/Wir erkläre/n hiermit das Einverständnis mit den Bestimmungen des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus und bestätige/n, dass mein/unser Kind am Standort Siegsdorf beschult wird.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Für das Schuljahr 2024/2025 buche/n ich/wir **verbindlich**

- 2 Tage 3 Tage 4 Tage

An folgenden Tagen soll mein Kind **voraussichtlich** die OGS besuchen (die Tage können nach der Bekanntgabe des Stundenplanes geändert werden)

- Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag

Ich/Wir buche/n **verbindlich** zusätzlich den kostenpflichtigen Freitag.

- Freitag

Die Kosten hierfür betragen ca. 40,00 €/Monat

Bitte den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag bis spätestens 20.03.2024 bei der Schulleitung abgeben!

Bei Anmeldungen nach dem 01.04.2024: so schnell als möglich abgeben.

Nach Eingang aller Anträge und Abschluss des Aufnahmeverfahrens erhalten Sie in Kopie den Antrag mit dem entsprechenden Bescheid.

Ihr Kind kann in die offene Ganztagschule der Grundschule in Siegsdorf

- aufgenommen werden. nicht aufgenommen werden.

Siegsdorf,

Ort, Datum

_____ Stephan Preis, Schulleiter

Anlage:

- SEPA-Mandat

Zahlungsempfänger:
Gläubiger-Identifikationsnummer:

Gemeinde Siegsdorf Rathauspl. 1 83313 Siegsdorf
DE55ZZZ00000110723

/ WIRD SEPARAT MITGETEILT

FAD / Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Meine/ Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/ wir von meinem/ unserem Kreditinstitut erhalten kann/ können.

Name des Kontoinhabers

Name und Vorname

Anschrift des Kontoinhabers

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Kreditinstitut

Name und Ort

Konto

IBAN (International Bank Account Number)

Unterschrift(en)

Ort

Datum

Unterschrift(en)

gilt für

alle gemeindlichen Forderungen

gilt nur für

Grundsteuer Gewerbesteuer Hundesteuer _____

Wasser/Kanal Zweitwohnungsteuer Kurbeitrag _____

Bitte zurücksenden an:

Gemeinde Siegsdorf
Rathauspl. 1
83313 Siegsdorf