



Gemeinde Helmstadt-Barga

ANMELDEFORMULAR

für die Betreuung im Rahmen der verlässlichen Grundschule

Ausführliche Informationen zum Datenschutz sowie zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen der Kernzeitenbetreuung finden Sie auf der Homepage der Gemeinde Helmstadt-Barga unter www.helmstadt-barga.de im Bereich „Datenschutz“.

Hiermit melde ich / melden wir

Name und Vorname des/der Erziehungsberechtigten

Straße u. Haus-Nr., PLZ u. Wohnort

Telefonnummer

E-Mail

mein / unser Kind:

Name und Vorname des Kindes

Klasse

☐ ab dem Schuljahr 2024/2025

☐ ab _____

für die Betreuung im Rahmen der verlässlichen Grundschule in Barga an.

Für mein/unser Kind benötige/n ich/wir folgende Betreuungszeiten:
(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- ☐ **Betreuungsblock 1: (Modul 1)**
7.00 Uhr – 8.30 Uhr
- ☐ für das 1. Kind: 51,00 €
 - ☐ für das 2. Kind: 45,00 €
 - ☐ für das 3. Kind: 14,00 €

- ☐ **Betreuungsblock 2: (Modul 2)**
12.00 Uhr – 13.30 Uhr
- ☐ für das 1. Kind: 51,00 €
 - ☐ für das 2. Kind: 45,00 €
 - ☐ für das 3. Kind: 14,00 €

- ☐ **Betreuungsblock 3: (Modul 3)**
13.30 Uhr – 15.00 Uhr
- ☐ für das 1. Kind: 54,00 €
 - ☐ für das 2. Kind: 49,00 €
 - ☐ für das 3. Kind: 19,00 €

- ☐ **Nutzung von drei**
Betreuungsblöcken: (Modul 4)
- ☐ für das 1. Kind: 135,00 €
 - ☐ für das 2. Kind: 114,00 €
 - ☐ für das 3. Kind: 34,00 €

- ☐ **Zehnerkarte** zur Nutzung einzelner
Blöcke 70,00 €
(ab Ausstellung 1 Jahr gültig)

Anzahl Zehnerkarte: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte unbedingt die Einzugsermächtigung für die Gemeindekasse Helmstadt-Barga auf der Extraseite dieses Anmeldeformulars ausfüllen und unterschreiben!

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandat

Gemeindekasse 74921 Helmstadt-Bargen, Rabanstraße 14

DE41ZZZ00000011453

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Gemeinde Helmstadt-Bargen, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Helmstadt-Bargen auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

By signing this mandate form, I (we) authorise **Abbucher** to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor **Abbucher**.

Note: I can (we can) demand a refund of the amount charged within eight weeks, starting with the date of the debit request. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Information:

Die Abbuchung der Kernzeitbetreuung erfolgt monatlich zum 5. eines Monats.

Zahlungspflichtiger	Name/ Name of the debtor
	Straße und Hausnummer / debtor Street and number
	74921 Helmstadt-Bargen Land, Postleitzahl und Ort / debtor Country debtor Postal code and City
	DE IBAN / debtor IBAN
	SWIFT BIC / debtor SWIFT BIC
	Mandatsreferenz- wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt Mandate reference - to be completed by the creditor
Zahlung für	Kernzeitbetreuung Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit this mandate is valid for the agreement with
Zahlungsart	☒ Wiederkehrende Zahlung / recurrent payment ☐ Einmalige Zahlung /one-off payment

Ort und Datum
City and date of signature(s)

Helmstadt-Bargen, den _____

Unterschrift(en)/Signatures



Informationen und Anmerkungen für die Betreuungskräfte:

Diese Informationen werden ausschließlich zur sicheren Organisation und Durchführung der Betreuung erhoben.

1. Mein/Unser Kind hat folgende Allergien/Unverträglichkeiten (z.B. bei Insektenstichen, etc.)

2. Mein/Unser Kind hat einen Pflegegrad:

☐ Nein ☐ Ja, _____

3. Besteht bei Ihrem Kind eine regelmäßige oder notfallbedingte Medikamenteneinnahme während der Betreuungszeit?

☐ Nein ☐ Ja, bitte zwingend die „Anlage zur Medikamentengabe“ ausfüllen!

4. Wir sind damit einverstanden, dass kleinere Wunden (Schürfwunden, Insektenstiche etc.) von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kernzeit der Gemeinde Helmstadt-Barga direkt vor Ort (mit Leitungswasser, Pflastern und Kühlakku) versorgt werden.

☐ Ja ☐ Nein, bitte uns stattdessen sofort telefonisch kontaktieren

5. Besondere Hinweise / Betreuungsrelevante Informationen (z.B. wichtige familiäre Veränderungen)

6. Mein/Unser Kind darf nach der vereinbarten Betreuungszeit **alleine** nach Hause gehen:

☐ Ja (Aufsichtspflicht der Kernzeit endet mit Verlassen der Räume)
☐ Nein. Das Kind wird abgeholt (Bitte untenstehende Abholberechtigte eintragen).

7. Mein/Unser Kind darf von folgenden Personen abgeholt werden:

Alle hier benannten Personen wurden über die Weitergabe ihrer Daten informiert und haben zugestimmt:

Namen und Adressen der Abholberechtigten, Tel.:

Namen und Adressen der Abholberechtigten, Tel.:

8. Mein/Unser Kind besucht folgende Arbeitsgemeinschaften (AGs) während der Betreuungszeiten:

Name der AG, Tag und Zeitraum (von bis)

Anlage zum Betreuungsvertrag: Abfrage zur Medikamentengabe

Hinweis: Nur auszufüllen, wenn bei Punkt 3 mit „Ja“ geantwortet wurde. Aus rechtlichen Gründen darf das Personal Medikamente nur in absoluten Ausnahmefällen und unter strengen Auflagen verabreichen.

1. Angaben zum Kind

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

2. Angaben zum Medikament:

Name des Medikaments (Präparat):

Erkrankung / Diagnose (z.B. Asthma, ADHS, Diabetes):

Genaue Dosierung (z.B. 1 Tablette, 2 Hübe):

Genaue Einnahmezeit/en:

Besondere Hinweise zur Verabreichung:

☐ Eine aktuelle **ärztliche Bescheinigung / Verordnung** (inkl. Dosierungsanleitung) liegt in dieser Anlage bei.

☐ Ich/Wir verpflichten uns, das Medikament wird in der Originalverpackung, beschriftet mit dem Namen des Kindes, abgegeben.

3. Einverständniserklärung und Haftungsausschluss

Ich/Wir bevollmächtigen das Betreuungspersonal der Schulkindbetreuung, meinem/unserem Kind das oben genannte Medikament nach ärztlicher Anweisung zu verabreichen. Uns ist bekannt, dass das Personal keine medizinische Ausbildung hat und die Gabe rein organisatorisch unterstützt. Für unvorhersehbare Nebenwirkungen oder allergische Reaktionen des Medikaments wird seitens der Gemeinde und des Personals keine Haftung übernommen.

Ort, Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten