



Absender:

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Handy Nr: _____

Tel Arbeit: _____

E-Mail: _____

Anmeldung für die OGTS an der Alfred Otto Schule

Hiermit beantrage ich für mein Kind

Name, Vorname

geb. am

Klasse

die Betreuung durch die AWO Schleswig Holstein gGmbH.

Folgendes Betreuungsmodell wähle ich für mein Kind:

<input type="checkbox"/>	5 - Tage	12:30 - 16:00	145€
<input type="checkbox"/>	3 - Tage	12:30 - 16:00	100 €

Die Betreuung wünsche ich an folgenden Tagen:

<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

Frühbetreuung

<input type="checkbox"/>	5 - Tage	07:00 - 08:30	50 €
<input type="checkbox"/>	3 - Tage	07:00 - 08:30	30 €

Die Frühbetreuung wünsche ich an folgenden Tagen:

<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

Spätbetreuung

<input type="checkbox"/>	5 - Tage	16:00 - 17:00	50 €
<input type="checkbox"/>	3 - Tage	16:00 - 17:00	30 €

Die Spätbetreuung wünsche ich an folgenden Tagen:

<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

Notfallkarte

Mit dieser Karte haben Sie die Möglichkeit, Ihr Kind mit einem Tag Vorlauf in der OGTS betreuen zu lassen.

<input type="checkbox"/>	10er Card	80 €
--------------------------	-----------	------

Ich erkläre, dass mein Kind frei von ansteckenden Krankheiten ist.

Es bestehen folgende Allergien:

Im Notfall soll mein Kind von folgender Ärztin/folgendem Arzt behandelt werden:

Name, Adresse, Telefon

Für mein Kind bestehen folgende Versicherungen:

Krankenversicherung: _____

Haftpflichtversicherung: _____

Folgende Personen sind berechtigt, mein Kind abzuholen:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

- Mein Kind darf nach der Betreuung allein nach Hause gehen.
- Mein Kind fährt um 16:00 Uhr mit dem Schulbus nach Hause.
- Mein Kind soll die Hausaufgaben in der OGTS erledigen
- Mit der Entfernung von Zecken und Erstversorgung von kleinen Wunden durch die pädagogischen Fachkräfte in der Kindertageseinrichtung bin ich einverstanden.
- Hiermit erteile ich der OGTS Dassendorf die Erlaubnis, Fotos meines Kindes zu erstellen und in der örtlichen Presse und an Aushängen im Schulgebäude zu veröffentlichen.
- Hiermit erteile ich der OGTS Dassendorf die Erlaubnis, Fotos meines Kindes auf der Schul- und AWO S.-H. gGmbH-Homepage zu veröffentlichen.

- Bitte ankreuzen -

Die Anmeldung ist verbindlich und gilt ab dem Schuljahresbeginn am 01.08.2021.
Die Rahmenbedingungen der OGTS an der Alfried-Otto-Schule wurden mir ausgehändigt und erkenne ich an.

Ort, Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Ich bin damit einverstanden, dass der Betrag von Euro über das

Lastschriftverfahren von dem angegebenen Konto am Monatsanfang abgebucht wird.

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Bank

Ort/Datum

Unterschrift