

Schmalenbecker Turmgeister e.V.

an der Grundschule Schmalenbeck · Sieker Landstr. 203b · 22927 Großhansdorf · Tel. 0170 - 1721806

Anmeldung für die OGS im 2. Schulhalbjahr 2018/2019

Name des Kindes: _____ Geb.-Dat.: _____

Klasse (zu Beginn des Halbjahres): _____

Adresse:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

e-Mail: _____

➤ Ich wünsche die **Betreuung** an folgenden Tagen (unabhängig von der Kurswahl möglich):

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

➤ Mein Kind möchte an den Betreuungstagen an folgenden **Kursen** teilnehmen:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Kursangebot:					

➤ Ich bestelle für die Betreuungstage ein **warmes Mittagessen**:

ja nein

Achtung: Sollten Sie kein Mittagessen für Ihr Kind über die Mensa bestellen, sind Sie verpflichtet, Ihrem Kind eine in der Menge ausreichende und gesunde Mahlzeit mitzugeben (keine Süßigkeiten oder Chips). Sollte Ihr Kind keine gesunde und für Ihr Kind ausreichende Mahlzeit dabei haben, behalten wir uns vor, Ihr Kind sofort abholen zu lassen.

Mein Kind hat Allergien/Unverträglichkeiten und darf folgende Speisen nicht zu sich nehmen:

Im Falle eines Eintrages handelt es sich bei dieser Angabe gemäß § 3 BundesDatenSchutzGesetz (BDSG) um besondere Arten personenbezogener Daten, für deren Einholung und Verarbeitung wir eine Einwilligung der Eltern/des Erziehungsberechtigten benötigen. Ich erteile hiermit meine Einwilligung.

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

**Bankverbindung: Sparkasse Holstein
IBAN: DE 33 2135 2240 0250 0033 83, BIC: NOLADE 21 HOL
Vereinsregister Ahrensburg Nr. 2276**

Schmalenbecker Turmgeister e.V.

an der Grundschule Schmalenbeck · Sieker Landstr. 203b · 22927 Großhansdorf · Tel. 0170 - 1721806

Hiermit erkläre ich, dass mein Kind am Ende der Betreuungszeit

allein nach Hause geht

allein nach Hause geht, aber nicht vor _____ Uhr,

durch eine der folgenden Personen abgeholt wird (bitte ggf. auch Ehepartner angeben):

1. _____

2. _____

3. _____ .

Im Notfall bitte ich um Benachrichtigung unter folgenden Notfalltelefonnummern:

1. Telefonnummer: _____

Name des Telefoninhabers: _____

2. Telefonnummer: _____

Name des Telefoninhabers: _____

3. Telefonnummer: _____

Name des Telefoninhabers: _____

Ich verpflichte mich, dass eine dieser Tel.-Nummern während der Betreuungszeiten ständig erreichbar ist. Änderungen der obigen Angaben werde ich dem Verein unverzüglich mitteilen.

Die Telefonnummer der Betreuung (0170 – 172 1806) ist mir bekannt.

Gerne würden wir von den Kindern Fotos machen, um diese dann in der Betreuung aufzuhängen oder auf unserer Homepage zu veröffentlichen.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind fotografiert und diese Bilder ggf. ins Internet gestellt werden.

Ich bin **nicht** damit einverstanden.

Die aktuelle Nutzungsordnung des Vereins ist mir bekannt und wird anerkannt.

Ort, Datum und **Unterschrift**

Für die Abwicklung unserer Buchhaltung haben wir ein externes Buchhaltungsbüro beauftragt. Zur Erfüllung dieses Buchhaltungsauftrages werden die dafür notwendigen Nutzerdaten vertraulich an das externe Buchhaltungsbüro weitergeleitet.

Bankverbindung: Sparkasse Holstein
IBAN: DE 33 2135 2240 0250 0033 83, BIC: NOLADE 21 HOL
Vereinsregister Ahrensburg Nr. 2276

Schmalenbecker Turmgeister e.V.

an der Grundschule Schmalenbeck · Sieker Landstr. 203b · 22927 Großhansdorf · Tel. 0170 - 1721806

Beitrittserklärung (freiwillig)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein „Schmalenbecker Turmgeister e.V.“ (Betreuungsverein an der Grundschule Schmalenbeck). Die Satzung und die Nutzungsordnung des Vereins habe ich zu Kenntnis genommen.

Beitrag

Ich verpflichte mich zur Zahlung des Beitrags in Höhe von jährlich EUR 25,00.

Der Mitgliedsbeitrag ist am 01. Oktober eines Jahres bzw. – bei Eintritt nach dem 01. Oktober – mit Eintrittsdatum fällig.

Dauer der Mitgliedschaft / Befristung

Die Mitgliedschaft beginnt mit Abgabe der Beitrittserklärung.

- Die Mitgliedschaft wird befristet bis _____.
- Die Mitgliedschaft wird bis zum Ende des Schuljahres befristet, an dem mein(e)/unser(e) Kind(er) die Grundschule Schmalenbeck verlässt(verlassen).

Zahlungsweise

Ich bitte um Einzug des Beitrages und ermächtige den Verein widerruflich, den Beitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

Aus abrechnungstechnischen Gründen bitten wir darum, dass das Konto, von dem der Mitgliedsbeitrag für den Verein eingezogen wird, mit dem Konto identisch ist, von dem ein evtl. Nutzungsentgelt abgebucht wird.

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Datum, Unterschrift **Kontoinhaber**

Name und Anschrift des Mitglieds

Name und Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

email: _____

Datum, Unterschrift **Mitglied**

Für die Abwicklung unserer Buchhaltung haben wir ein externes Buchhaltungsbüro beauftragt. Zur Erfüllung dieses Buchhaltungsauftrages werden die dafür notwendigen Nutzerdaten vertraulich an das externe Buchhaltungsbüro weitergeleitet.

Bankverbindung: Sparkasse Holstein
IBAN: DE 33 2135 2240 0250 0033 83, BIC: NOLADE 21 HOL
Vereinsregister Ahrensburg Nr. 2276

Schmalenbecker Turmgeister e.V.

an der Grundschule Schmalenbeck · Sieker Landstr. 203b · 22927 Großhansdorf · Tel. 0170 - 1721806

Name des betreuten Kindes: _____

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats		Schmalenbecker Turmgeister Verein feste Grundschulzeiten Großhansdorf e.V. Sieker Landstrasse 203 22927 Großhansdorf
Name des Zahlungsempfängers:		Schmalenbecker Turmgeister Verein feste Grundschulzeiten Großhansdorf e.V. Sieker Landstrasse 203 22927 Großhansdorf
Anschrift des Zahlungsempfängers		
Straße und Hausnummer:		Schmalenbecker Turmgeister Verein feste Grundschulzeiten Großhansdorf e.V. Sieker Landstrasse 203 22927 Großhansdorf
Postleitzahl und Ort:		Sieker Landstrasse 203 22927 Großhansdorf
Gläubiger-Identifikationsnummer:		DE28AAA00000184153
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):		_____
Einzugsermächtigung: Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.		
SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.		
Zahlungsart:		
<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung		
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):		
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)		
Straße und Hausnummer:		
Postleitzahl und Ort:		
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):		
D, E, _____		
BIC (8 oder 11 Stellen):		
_____ D E _____		
Ort:		Datum (TT/MM/JJJJ):
_____		_____
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):		

114.903.001 KI (Fassung Aug. 2010) - (V1)
Deutscher Sparkassenverband
Urheberrechtlich geschützt

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Bankverbindung: Sparkasse Holstein
IBAN: DE 33 2135 2240 0250 0033 83, BIC: NOLADE 21 HOL
Vereinsregister Ahrensburg Nr. 2276