

# Schmalenbecker Turmgeister e.V.

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

## Anmeldung für die OGS im 1. Schulhalbjahr 2020/2021

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Klasse (zu Beginn des Halbjahres): \_\_\_\_\_

### Adresse:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \* \_\_\_\_\_

e-Mail: \* \_\_\_\_\_

\*Diese Angaben sind freiwillig.

➤ 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 Artikel 9 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) um besondere Arten personenbezogener Daten, für deren Einholung und Verarbeitung der Verein eine Einwilligung der Eltern/des Erziehungsberechtigten benötigen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich oder per Mail widerrufen werden. 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. \_\_\_\_\_

Im Notfall bitte ich um Benachrichtigung unter folgenden Notfalltelefonnummern:

1. Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name des Telefoninhabers: \_\_\_\_\_

2. 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 hin und wieder von den Kindern Fotos machen, um diese dann in der Betreuung aufzuhängen.

Ich erkläre mein/Wir erklären unser Einverständnis, dass die Ergebnisse von Aktivitäten (Foto-, Film- und Videoaufzeichnungen), auf denen mein/unser Kind zu erkennen ist, im Rahmen von Veranstaltungen der Nachmittagsbetreuung, insbesondere Publikationen wie Zeitung, Schülerzeitung, Jahresbericht, Schulchronik, Tage der Offenen Tür und Videofilmen der Schule veröffentlicht werden dürfen.

Ja, ich bin damit einverstanden

Nein, ich bin nicht damit einverstanden

Die Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO sind auf der Homepage des Vereins ([www.ogs-schmalenbeck.de](http://www.ogs-schmalenbeck.de)) nachzulesen oder werden auf Anfrage per Mail oder in Papierform zur Verfügung gestellt.

Mit der Anmeldung meines Kindes im Betreuungsverein „Schmalenbecker Turmgeister e.V.“ erkläre ich mich/erklären wir uns mit der Verarbeitung unserer Daten einverstanden. Ich habe/wir haben die Möglichkeit, die Einwilligungserklärung für die Verarbeitung der Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Für den Fall des Widerrufs kann die Aufnahme des Kindes in die OGS nicht erfolgen.

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

Ort, Datum

Unterschrift

Für die Abwicklung unserer Buchhaltung haben wir ein externes Buchhaltungsbüro beauftragt. Zur Erfüllung dieses Buchhaltungsauftrages werden die dafür notwendigen Nutzerdaten (Name des Kindes und der Eltern, Anschrift, ggfs. Telefonnummer, ggfs. E-Mail-Adresse, Bankdaten) 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: \* \_\_\_\_\_

\*Diese Angaben sind freiwillig.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift **Mitglied**

Für die Abwicklung unserer Buchhaltung haben wir ein externes Buchhaltungsbüro beauftragt. Zur Erfüllung dieses Buchhaltungsauftrages werden die dafür notwendigen Nutzerdaten (Name des Kindes und der Eltern, Anschrift, ggfs. Telefonnummer, ggfs. E-Mail-Adresse, Bankdaten) 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: \_\_\_\_\_

<b>Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats</b>		<b>Schmalenbecker Turmgeister Verein feste Grundschulzeiten Großhansdorf e.V. Sieker Landstrasse 203 22927 Großhansdorf</b>
Name des Zahlungsempfängers:		Sieker Landstrasse 203 22927 Großhansdorf
Anschrift des Zahlungsempfängers		
Straße und Hausnummer:		Schmalenbecker Turmgeister Verein feste Grundschulzeiten Großhansdorf e.V.
Postleitzahl und Ort:		Sieker Landstrasse 203 22927 Großhansdorf
Gläubiger-Identifikationsnummer:		DE28440000184153
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):		_____
<b>Einzugsermächtigung:</b> 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.		
<b>SEPA-Lastschriftmandat:</b> 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.		
<b>Zahlungsart:</b>		
<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 Sparkassenverlag  
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**