

Grundschule Nord Schifferstadt



Rehbachstraße 11, 67105 Schifferstadt, Telefon: 0 62 35 / 49 79 9-0, Fax: 0 62 35 / 49 79 9-19

E-Mail: kontakt@gs-nord-schifferstadt.de

VERBINDLICHE ANMELDUNG ZUR GANZTAGSSCHULE

Name des Kindes: _____ Klasse: _____

Name der Eltern: _____

Anschrift: _____

Telefon / Tel. mobil: _____

Notfalltelefon/-kontakt: _____

Hiermit melden wir unser Kind für die Ganztagschule an der Grundschule Nord für das Schuljahr 2024/2025 verbindlich an. Die Anmeldung ist für ein Schuljahr verpflichtend. Ich weiß, dass mein Kind dann auch am Nachmittag bis 16.00 Uhr der allgemeinen Schulpflicht unterliegt.

Mir ist bekannt, dass bei schwerwiegenden Verstößen gegen die Ordnung der Ganztagesplatz meines Kindes fristlos gekündigt werden kann.

Mein Kind hat folgende Lebensmittelunverträglichkeiten:

_____ (Lebensmittel bitte aufzählen)

Mein Kind wird **erstmalig** an der Ganztagschule angemeldet.

Mein Kind war im Schuljahr 2023/2024 an der Ganztagschule angemeldet und soll im nächsten Schuljahr **wieder teilnehmen**.

Mein Kind war im Schuljahr 2023/2024 an der Ganztagschule angemeldet und soll im nächsten Schuljahr **nicht wieder teilnehmen**

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Anmeldung zur Teilnahme am Mittagessen im Rahmen der Ganztagsschule an der Grundschule Nord Schifferstadt im Schuljahr 2024/25

Name, Vorname des Personensorgeberechtigten:	Telefon (für evtl. Rückfragen)	E-Mail:
Straße, Hausnummer	PLZ; Wohnort	

Hiermit melde ich mein Kind / melden wir unser Kind

Name, Vorname des Kindes	Klasse
--------------------------	--------

im Schuljahr 2024/2025

ab dem _____
(nur bei evtl. späterem Termin)

verbindlich zur Teilnahme am Mittagessen an der Grundschule Nord Schifferstadt an.

Die Aufnahme in die Ganztagsschule setzt die verbindliche Teilnahme am kostenpflichtigen Mittagessen voraus.

Der Verpflegungskostenbeitrag beträgt für das Schuljahr 2024/25 **5,40 € pro Essen** und ist als **monatliche Pauschale in Höhe von voraussichtlich 75,60 €** in den Monaten von September bis Juni jeweils zum 15. des Monats fällig. Die monatliche Pauschale beinhaltet 14 Essen zu 5,40 €. Die Ferienzeiten sind in der Kalkulation berücksichtigt. Am Ende des Schuljahres erfolgt die tagesgenaue Abrechnung der tatsächlich eingenommenen Essen. Übersteigt die Anzahl der tatsächlich eingenommenen Essen die Jahrespauschale, erfolgt eine Nachberechnung in Höhe von 5,40 € pro Essen. Hat Ihr Kind an weniger Essen teilgenommen, erhalten Sie eine Gutschrift in Höhe von 5,40 € pro Essen.

Falls ihr Kind nicht an der Mittagsverpflegung teilnehmen kann (z.B. wegen Krankheit), ist dies am betreffenden Tag **bis spätestens 8:15 Uhr** im Sekretariat der Schule zu melden. Wird die vorstehende Regelung nicht eingehalten, müssen angefallene Essensbestellungen in Rechnung gestellt werden.

Kinder deren Familien **Grundsicherung für Arbeitsuchende (Bürgergeld), Wohngeld, Kinderzuschlag, Sozialhilfe oder Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz** beziehen, haben im Rahmen der Leistungen für Bildung und Teilhabe die Möglichkeit auf Befreiung von den Kosten für die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung. Der Antrag auf Befreiung von den Kosten für die Mittagsverpflegung ist bei der Behörde zu stellen, die für die jeweils erhaltene Sozialleistung zuständig ist. Sollten Sie eine Zusage der Kostenübernahme von der Behörde erhalten, legen Sie diese bitte bei der Stadtverwaltung Schifferstadt vor. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an die Stadtverwaltung Schifferstadt.

Ich/wir erkläre(n), dass ich/wir die Bedingungen zur Teilnahme an der Verpflegung an den Ganztagsschulen der Stadtverwaltung Schifferstadt erhalten habe(n) und anerkenne(n).

Die Verpflegungskostenbeiträge sollen von meinem/unserem Konto abgebucht werden.
Bitte füllen Sie hierfür das anhängende SEPA-Lastschriftmandat aus und fügen Sie es dieser Anmeldung bei.

Die Verpflegungskostenbeiträge zahle(n) ich/wir per Überweisung zum jeweiligen Fälligkeitstermin.

Datum	Unterschrift des Personensorgeberechtigten
-------	--



Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Stadtkasse Schifferstadt
- Stadtkasse -
Postfach 12 64
67100 Schifferstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE40ZZZ00000031065

Mandatsreferenz
Wird in der Vorankündigung mitgeteilt

Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Grundschule Nord | <input type="checkbox"/> Schülerbetreuung |
| <input type="checkbox"/> Grundschule Süd | <input type="checkbox"/> Mittagsverpflegung |

Kassenzeichen: _____

Nachname und Vorname des Kindes: _____

SEPA Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die Stadt Schifferstadt, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Schifferstadt auf mein Konto eingezogene Lastschrift einzulösen.

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

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

DE _____

Ggf. abweichende/r Kontoinhaber/in:

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers
