

ANMELDEFORMULAR

ZUR AUFNAHME IN DER SOMMERFERIENBETREUUNG 2025

STANDORT: GRUNDSCHULE WALDMOHR (TEL: 0171-8786914)

Eingang über den Schulgarten. Wegen Bauarbeiten im Pavillon findet die Betreuung im Untergeschoss der Grundschule statt.

Name/Vorname des Kindes: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Wohnort: _____

Name/Vorname der Erziehungsberechtigten: _____

Telefonnummern und Ansprechpartner im Notfall (immer erreichbar):

Tel.Nr.: _____ Name: _____

Tel.Nr.: _____ Name: _____

Tel.Nr.: _____ Name: _____

MEIN KIND BESUCHT DIE GRUNDSCHULE IN 				
HIERMIT MELDE ICH MEINE(N) SOHN/TOCHTER VERBINDLICH ZUR FERIENBETREUUNG AN:				
KINDER IN DER FERIENBETREUUNG	07.-11. JULI 07.30 – 16.00 UHR	14.-18. JULI 07.30 – 16.00 UHR	21. – 25. JULI 07.30 – 16.00 UHR	GESAMT
1	☒ 51,00 €	☒ 51,00 €	☒ 51,00 €	_____ €
2	☐ 49,00 €	☐ 49,00 €	☐ 49,00 €	_____ €
3	☐ 45,00 €	☐ 45,00 €	☐ 45,00 €	_____ €
	inkl. Zusatzkosten für Eselwanderung und Minigolf am Jgb. Weiher		inkl. Zusatzkosten für Waldtag	
Abholzeit ca.: _____				
Bitte beachten Sie, dass die Abholzeiten möglichst pünktlich eingehalten werden sollten. Eine Toleranz von ca. 15 Minuten nach oben oder unten ist möglich.				
HINWEIS: BITTE GEBEN SIE IHREM/N KIND/ERN ZUSÄTZLICH FRÜHSTÜCK UND GETRÄNKE MIT!				

Bei der Anmeldung ist das beigegefügte SEPA-Lastschriftmandat zu erteilen.
Der Gesamtbetrag wird am 08. August 2025 von Ihrem Konto abgebucht.

Bitte reichen Sie die Anmeldung ausgefüllt und unterschrieben bei einem unserer Verwaltungsstandorte der Verbandsgemeinde Oberes Glantal bis **20. Juni 2025** ein (Briefkasteneinwurf) oder senden diese per Mail an: ferienbetreuung@vgog.de.

Achtung – Info Versicherungsschutz!

Bei der Ferienbetreuung der Verbandsgemeinde Oberes Glantal handelt es sich um ein freiwilliges Angebot. Bitte beachten Sie, dass Ihre Kinder im Rahmen der Ferienbetreuung nur über die eigene Krankenversicherung (gesetzliche Krankenkasse/private Krankenversicherung) versichert sind. Ein Versicherungsschutz über die gesetzliche Unfallversicherung der Unfallkasse Rheinland-Pfalz (wie beispielsweise für den Schulbesuch) besteht hier nicht!

Bitte beachten Sie, dass Kinder, welche im regulären Schulalltag durch eine Integrationskraft unterstützt werden, dies auch bei der Ferienbetreuung benötigen. Aus organisatorischen Gründen kann das Betreuungspersonal bei unserer Ferienbetreuung, im Einzelfall nicht gezielt auf den pädagogischen Betreuungsbedarf Ihres Kindes eingehen. Die Betreuung findet innerhalb der Gesamtgruppe der angemeldeten Kinder statt (keine Einzelbetreuung möglich).

Angaben zum Kind

Mein/unser Kind **ist**

- ☐ Allergiker/in _____
☐ nimmt Medikamente _____

Bezüglich Lebensmittel ergeben sich folgende Besonderheiten:

- ☐ Allergie/Intoleranz _____
☐ Moslem _____
☐ andere _____

Mein/unser Kind

- ☐ wird vom Ferienprogramm abgeholt von _____
☐ geht alleine nach Hause

Datenschutz

- ☐ Ich bin damit einverstanden,
☐ Ich bin **nicht** damit einverstanden,
dass zum Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit Fotos oder sonstiges Bildmaterial meines Kindes veröffentlicht bzw. für Präsentationszwecke genutzt werden darf.
Eine namentliche Erwähnung in Bezug auf das Foto erfolgt in jedem Falle nicht.

*Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne telefonisch zur Verfügung:
Frau Rebecca Brill: Tel. 06373-504-201*



X _____, **X** _____
Ort, Datum **Unterschrift**



ANMELDUNG zur Ferienbetreuung – Sommer 2025

DE13ZZZ00001976207

-Mitteilung durch Bescheid-

**Verbandsgemeindeverwaltung
Oberes Glantal
Postfach 1261
66869 Schönenberg-Kübelberg**

Name:

Straße:

PLZ und Ort:

Zahlungsgrund

Bürger/Buchungs-Nr.:
(wird von der Verwaltung ausgefüllt)

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Ich ermächtige | Wir ermächtigen die **Verbandsgemeindeverwaltung Oberes Glantal**,
Zahlungen von meinem | unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein | weisen wir unser Kreditinstitut
an, die von der Verbandsgemeindeverwaltung Oberes Glantal auf mein | unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Der Einzug soll ab: **sofort** oder **ab:** | | | | | **2025** erfolgen.

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.

Meine | Unsere Bankverbindungsdaten lauten wie folgt:

Name des Kreditinstituts:

Kontonummer: _____ Bankleitzahl: _____

IBAN*: | | | | | | | | | | | | | | | BIC*: | | | | | | | | | |

*** IBAN und BIC können Sie Ihrem Kontoauszug entnehmen.**

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Bitte senden Sie das Mandat unterschrieben im Original zurück!

Nur ausfüllen, wenn Kontoinhaber **nicht identisch** ist mit dem oben ausgedruckten Zahlungspflichtigen.

Name _____

Straße + Hausnummer

Vorname _____

PLZ + Ort

Telefon _____