

# ANMELDEFORMULAR

## ZUR AUFNAHME IN DER OSTERFERIENBETREUUNG 2024

STANDORT: GRUNDSCHULE WALDMOHR (TEL: 0171-8786914)

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: \_\_\_\_\_

<b>MEIN KIND BESUCHT DIE GRUNDSCHULE IN</b> <span style="border: 1px solid red; display: inline-block; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	
<b>HIERMIT MELDE ICH MEINE(N) SOHN/TOCHTER VERBINDLICH ZUR FERIENBETREUUNG AN:</b>	
<b>MONTAG 25. MÄRZ</b> BIS <b>DONNERSTAG 28. MÄRZ</b> Am Standort GS Waldmohr Die Betreuung startet ab 07.30 Uhr und endet um 16.00 Uhr!	<b>BEMERKUNGEN</b> Abholzeit ca: _____ _____ _____ _____ _____
<b>KINDER IN DER FERIENBETREUUNG</b> <b>X</b>	
1 <input type="radio"/> 39,80 € (Betreuung + Verpflegung)	
2 <input type="radio"/> 38,20 € pro Kind (Betreuung + Verpflegung)	
3 <input type="radio"/> 35,00 € pro Kind (Betreuung + Verpflegung)	
	
<b>Hinweis: Bitte geben Sie Ihrem/n Kind/ern zusätzlich Frühstück und Getränke mit!</b>	

Bei der Anmeldung ist das beigelegte SEPA-Lastschriftmandat zu erteilen.  
Der Gesamtbetrag wird am 05. April 2024 von Ihrem Konto abgebucht.

Bitte reichen Sie die Anmeldung ausgefüllt und unterschrieben bei einem unserer Verwaltungsstandorte der Verbandsgemeinde Oberes Glantal bis **14. März 2024** ein (Briefkasteneinwurf) oder senden diese per Mail an: [ferienbetreuung@vgog.de](mailto: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!

## **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 Mona Schuck: Tel. 06373-504-206;*

*Herr Richard Kurz: Tel. 06373-504-205*



**X** \_\_\_\_\_, **X** \_\_\_\_\_

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

