

Anmeldung für das offene Ganztagsangebot

Bitte lesen Sie das beiliegende Informationsblatt mit Informationen über das offene Ganztagsangebot an unserer Schule aufmerksam durch, füllen Sie dann dieses Anmeldeformular aus und geben Sie es im Sekretariat ab! Ihre Anmeldung wird benötigt, damit das offene Ganztagsangebot genehmigt und zu Beginn des Schuljahres eingerichtet werden kann.

1. Angaben zur angemeldeten Schülerin/zum angemeldeten Schüler

Name der angemeldeten Schülerin/des angemeldeten Schülers:	
Anschrift der angemeldeten Schülerin/des angemeldeten Schülers:	
Klasse/Jahrgangsstufe:	Geburtsdatum:

2. Angaben zu den Erziehungsberechtigten

Name des/der Erziehungsberechtigten	
Vater:	Mutter:
Anschrift des/der Erziehungsberechtigten	
Vater:	Mutter:
Berufstätigkeit	
Vater: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	Mutter: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
Telefon	E-Mail-Adresse
Vater: Mutter:	Vater: Mutter:

Die Schülerin/der Schüler wird hiermit für das offene Ganztagsangebot an der

Karl-Meichelbeck-Realschule
Staatliche Realschule Freising
Düwellstraße 22
85354 Freising

für das Schuljahr **2025/26 verbindlich** angemeldet.

Die Betreuung findet prinzipiell von Montag bis Donnerstag von 13:00 Uhr bis 16:00 Uhr statt. Eine Betreuung in den Ferien kann nicht angeboten werden.

Die Schülerin/der Schüler wird an

zwei Nachmittagen | **drei** Nachmittagen | **vier** Nachmittagen

verbindlich am Ganztagsangebot teilnehmen.

Eine Betreuung wird an folgenden Tagen benötigt, mein Kind soll in der OGT folgende Verpflegung erhalten:

Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag

normales Mittagessen | vegetarisches Mittagessen

Bitte beachten Sie, dass Ihre **Buchung verpflichtend für das ganze Schuljahr** gilt. Änderungen sind aus organisatorischen sowie planerischen Gründen **nicht möglich**. Die Angabe der benötigten Wochentage stellt noch keinen Anspruch dar, dass Ihr Kind auch tatsächlich an diesen Tagen die offene Ganztagsbetreuung besuchen kann.

Das Anmeldeformular muss bis **spätestens Freitag, den 16.05.2025** im Sekretariat abgegeben werden. Spätestens im Juli werden Sie dann per E-Mail und im Schulmanager darüber informiert, ob Ihr Kind einen Platz in der offenen Ganztagsbetreuung erhält.

Die Angaben in diesem Formular dienen der Beantragung und der Organisation des offenen Ganztagsangebots. Selbstverständlich werden alle Informationen vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Erklärung der Erziehungsberechtigten:

1. Uns ist bekannt, dass die Anmeldung für das ganze oben genannte Schuljahr verbindlich ist. Die angemeldete Schülerin bzw. der angemeldete Schüler ist im Umfang der angegebenen Nachmittage zum Besuch des offenen Ganztagsangebotes als schulischer Veranstaltung verpflichtet.
2. Ein **kostenpflichtiges Mittagessen** pro Tag **muss abgenommen werden**, für die Unterbringung und **Betreuung** in der OGT fallen **keine Kosten** an.
3. Uns ist bekannt, dass die Anmeldung unter dem Vorbehalt steht, dass das offene Ganztagsangebot an der oben bezeichneten Schule staatlich genehmigt bzw. gefördert wird und die notwendige Mindestteilnehmerzahl erreicht wird bzw. die beantragte und genehmigte Gruppenzahl tatsächlich zustande kommt. Es besteht kein Rechtsanspruch auf eine ganztägige Förderung und Betreuung im Rahmen des offenen Ganztagsangebots.
4. Uns ist bekannt, dass für das offene Ganztagsangebot die Bestimmungen der Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus zu offenen Ganztagsangeboten an Schulen in der jeweils gültigen Fassung verbindlich sind. Mit deren Geltung erklären wir uns einverstanden und beantragen hiermit die Aufnahme unseres Kindes in das offene Ganztagsangebot an der oben bezeichneten Schule.

Die Anmeldung erfolgt verbindlich durch die nachfolgende Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten



Erklärung über die Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht

Name, Vorname des Kindes: _____
Klasse: _____
Anschrift: _____
Name der Eltern: _____
Telefonnummer: _____
Besondere Bemerkungen (Krankheiten etc.): _____

Ich/Wir entbinde/n die pädagogischen Mitarbeiter*innen der *Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.*, die an der *Karl-Meichelbeck-Realschule* eingesetzt sind, sowie

- die Lehrkräfte der Klasse meines/unseres Kindes,
- die Beratungslehrkräfte,
- die Schulsozialpädagoginnen und -pädagogen,
- die Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter,
- die Schulpsychologin/den Schulpsychologen und
- die Schulleitung

der *Karl-Meichelbeck-Realschule* im Hinblick auf die pädagogisch gewonnenen Erkenntnisse über mein/unser Kind jeweils gegenseitig von der gesetzlichen Schweigepflicht bzw. dienstlichen Verschwiegenheitspflicht, soweit dies dem Wohl und der Förderung des Kindes dienlich erscheint und im Rahmen eines vertrauensvollen Zusammenwirkens zwischen Schule und Kooperationspartner zur Aufgabenerfüllung im schulischen Ganztagsangebot als schulische Veranstaltung erforderlich ist.

Diese Erklärung gilt für das Schuljahr 2025/2026.

Die Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht berechtigt die oben bestimmte/n Person/en nicht, die erhaltenen Informationen gegenüber dritten Personen zu verwenden. Alle Informationen werden vertraulich behandelt.

Meine Einwilligung über die Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht habe ich freiwillig abgegeben. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung zur Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Karl-Meichelbeck-Realschule, Staatliche Realschule I

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Düwellstr. 22

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

85354 Freising

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

D E 7 9 Z Z Z 0 0 0 0 2 2 8 7 0 6 8

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:
