



Stadtverwaltung • Postfach 12 64 • 67100 Schifferstadt

Fachbereich 3 Bürgerdienste
Jugendpflege

Ansprechpartner: Felhauer Dennis
Telefonnummer: 06235 929382
E-Mail: jugendtreff@schifferstadt.de

Anmeldung für das Jahr (bitte je Ferienbetreuung ausfüllen – ORE reicht ein Formular für 1 – 3 Wochen)

- OSTERFERIENBETREUUNG - 8:00 - 16:00 Uhr
- PFINGSTFERIENBETREUUNG - 8:00 - 16:00 Uhr
- ORTSRANDERHOLUNG **1. Woche** - 8:00 - 16:00 Uhr
- ORTSRANDERHOLUNG **2. Woche** - 8:00 - 16:00 Uhr
- ORTSRANDERHOLUNG **3. Woche** - 8:00 - 16:00 Uhr
- HERBSTFERIENBETREUUNG - 8:00 - 16:00 Uhr

| | |
|-----------------------------------|---|
| Name des Kindes | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum/Alter | <input type="text"/> |
| Klasse | <input type="text"/> |
| Straße und Hausnummer | <input type="text"/> |
| Eltern / Personensorgeberechtigte | <input type="text"/> |
| Alleinerziehend | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Telefon/Handy/tagsüber erreichbar | <input type="text"/> |
| E-Mail | <input type="text"/> |
| Krankenkasse | <input type="text"/> |
| Mutter - berufstätig bei / Std./W | <input type="text"/> |
| Vater - berufstätig bei / Std./W | <input type="text"/> |
| Abholen darf auch | <input type="text"/> |
| Besonderheiten | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> |

Informationen über mein Kind

Kann/darf nach Betreuungsende bzw. ab Uhr **alleine nach Hause gehen**

vegan vegetarisch kein Schweinefleisch

ist **Schwimmer** und darf sich im Schwimmerbecken aufhalten

ist gegen **Tetanus** geimpft

hat die **Fahrradprüfung** erfolgreich abgeschlossen

> hat folgende **Allergie/n**:

> hat die bestehende **Erkrankung** (freiwillige Angabe):

> muss folgende **Medikamente** (selbständig) einnehmen:

ALLGEMEINES (muss komplett ausgefüllt werden, da sonst keine Betreuung stattfinden kann)

Ich bin damit einverstanden, dass

mein Kind an Wanderungen und Ausflügen teilnehmen darf.

im Falle einer Verletzung ärztliche Versorgung vor Ort erfolgt.

eine Haftung für selbst verschuldete Unfälle, in Fällen höherer Gewalt und für verlorene Gegenstände nicht übernommen werden kann.

mein Kind bei groben Verstößen gegen die Verhaltensregeln von der weiteren Teilnahme ausgeschlossen werden kann.

Uns ist bekannt, dass es den Betreuern ohne eine ausdrückliche Einwilligung der Sorgeberechtigten nicht gestattet ist, eigene Maßnahmen über die Erste Hilfe hinaus zu ergreifen. In einigen Fällen lässt sich durch rasches Eingreifen nicht nur eine Ausweitung der Verletzung/Erkrankung, sondern auch ein Arzt- oder Krankenhausbesuch vermeiden.

Wir gestatten den Betreuern: (freiwillig)

Die Desinfektion von offenen Wunden mit handelsüblichen Desinfektionsmitteln.

Das Entfernen von Fremdkörpern aus den oberen Hautschichten (Holzsplitter, Glas etc.) mit speziell hierfür vorgesehenen Hilfsmitteln und anschließender Desinfektion der Wunde mit handelsüblichen Desinfektionsmitteln.

Das Entfernen von Zecken mit speziell hierfür vorgesehenen Hilfsmitteln und anschließender Desinfektion der Wunde mit handelsüblichen Desinfektionsmitteln.

Uns ist bekannt, dass die Betreuer nur berechtigt, aber nicht verpflichtet sind, solche Maßnahmen zu ergreifen.

Ich versichere, dass mein Kind frei ist, von ansteckenden Krankheiten.

Ich verpflichte mich, der Jugendpflege Mitteilung zu machen, sobald eine solche Krankheit bekannt wird.

Schifferstadt,

(Datum)

.....
(Unterschrift einer/s Personensorgeberechtigten)

Information zum Rücktritt bzw. Nichtteilnahme

Bei Rücktritt

- > bis 12 Wochen vor Beginn fallen keine Rücktrittskosten an.
- > 9 - 10 Wochen vor Beginn wird eine Bearbeitungsgebühr von 5.- € berechnet.
- > 7 - 8 Wochen vor Beginn werden 75% des Teilnehmerbeitrages zurückerstattet.
- > 5 - 6 Wochen vor Beginn werden 50% des Teilnehmerbeitrages zurückerstattet.
- > ab 4 Wochen vor Beginn erfolgt keine Rückerstattung des Teilnehmerbeitrages.

Bei krankheitsbedingtem Rücktritt wird der Teilnahmebeitrag zurückerstattet, wenn ein ärztliches Attest vorgelegt wird; dies gilt nicht für einzelne Krankheitstage.

Bei Nichtteilnahme an einzelnen Betreuungstagen kann eine Teiltrückerstattung nicht gewährt werden.

Checkliste für Sie:

Anmeldebogen ausführlich und leserlich ausgefüllt? JA

SEPA Lastschriftmandat ausgefüllt und beigelegt? JA

Arbeitgeberbestätigung angefordert? JA

Information:

Das SEPA Lastschriftmandat kann einmal für alle Ferienmaßnahmen ausgefüllt werden.



Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Stadtverwaltung Schifferstadt
- Stadtkasse -
Postfach 12 64
67100 Schifferstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE40ZZZ00000031065

Mandatsreferenz
Wird in der Vorankündigung mitgeteilt

Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen

- Osterferien Pfingstferien Ortsranderholung/Zirkus
 Herbstferien Winterferien

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
