

ANMELDEFORMULAR

ZUR AUFNAHME IN DER SOMMERFERIENBETREUUNG 2024

STANDORT: GRUNDSCHULE GLAN-MÜNCHWEILER (TEL: 0151-62435064)

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: _____

Tel.Nr.: _____ Name: _____

| MEIN KIND BESUCHT DIE GRUNDSCHULE IN | | | | |
|--|---|---|--|---------|
| HIERMIT MELDE ICH MEINE(N) SOHN/TOCHTER VERBINDLICH ZUR FERIEBETREUUNG AN: | | | | |
| KINDER IN DER FERIEBETREUUNG | 15. - 19. JULI 07.30 – 16.00 UHR | 22. - 26. JULI 07.30 – 16.00 UHR | 29. JULI - 02. AUG | GESAMT |
| 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 49,25 € | <input checked="" type="checkbox"/> 49,25 € | Betreuung an anderem Standort auswählbar | _____ € |
| 2 | <input type="checkbox"/> 47,25 € | <input type="checkbox"/> 47,25 € | | _____ € |
| 3 | <input type="checkbox"/> 43,25 € | <input type="checkbox"/> 43,25 € | | _____ € |
| BEMERKUNGEN | | | | |
| HINWEIS: BITTE GEBEN SIE IHREM/N KIND/ERN ZUSÄTZLICH FRÜHSTÜCK UND GETRÄNKE MIT! | | | | |

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

Bitte reichen Sie die Anmeldung ausgefüllt und unterschrieben bei einem unserer Verwaltungsstandorte der Verbandsgemeinde Oberes Glantal bis **30. Juni 2024** 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!

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

