

Bitte füllen Sie das Anmeldeformular und das SEPA-Lastschriftmandat aus und senden alle Unterlagen **vollständig** an die Geschäftsstelle im Aubinger Weg 10 in Puchheim zurück.

**Anmeldeschluss: 30. April 2024**

## Verbindliche Anmeldung zur Mittagsbetreuung an der

**Grundschule Puchheim Süd**

Von der Einrichtung auszufüllen:

Anmeldung erhalten am: \_\_\_\_\_

Systemseits erfasst am/durch: \_\_\_\_\_

### Daten des Kindes

Vor- und Nachname			
Geburtsdatum		<b>Klasse</b>	
Staatsangehörigkeit			
Straße			
PLZ, Wohnort			
Telefonnummer			

### Daten der Sorgeberechtigten

<b>Mutter:</b> Vor- u. Nachname	
Handy / Telefon	
E-Mail	
<b>Vater:</b> Vor- u. Nachname	
Handy / Telefon	
E-Mail	

Ich melde mein Kind für folgende Buchungszeiträume an. Bitte ankreuzen:

**A) verlängerte Mittagsbetreuung bis 15:30 Uhr**

- 1-2 Buchungstage pro Woche (Gebühr monatlich: 68,00 €, zzgl. 1,- € Materialgeld)
- 3-5 Buchungstage pro Woche (Gebühr monatlich: 99,50 €, zzgl. 2,- € Materialgeld)

Mein Kind wird die Mittagsbetreuung voraussichtlich an folgenden Tagen besuchen (bitte ankreuzen):

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

Am Anfang des Schuljahres legen Sie die genauen Tage in dem Formular „Elternklärung“ definitiv fest.

Mit meiner/unserer Unterschrift melde(n) ich/wir mein/unser Kind verbindlich zur gewählten Mittagsbetreuung an und akzeptiere(n) die aktuellen Betreuungsbedingungen für die Mittagsbetreuung an den Grundschulen in Puchheim (Stand 01.01.2024, s. Anlage), die mit Anmeldung Vertragsbestandteil werden.

Hiermit bestätige(n) ich(wir), die Informationen zum Datenschutz gelesen bzw. erhalten zu haben.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschriften **aller** Erziehungsberechtigten

## Erklärung über die Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht

Schüler\*in (Name & Vorname): \_\_\_\_\_

Klasse (ab September 2024): \_\_\_\_\_

Name der Eltern/Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ich/Wir entbinde/n die pädagogischen Mitarbeiter\*innen des Sozialdienstes Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V., die an der Grundschule Puchheim Süd in Puchheim eingesetzt sind, sowie

- die Lehrkräfte der Klasse meines/unseres Kindes,
- die Schulsozialpädagoginnen und -pädagogen, im Rahmen des Programms „Schule öffnet sich“ und
- die Schulleitung

der Grundschule Puchheim Süd in Puchheim 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 Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V. zur Aufgabenerfüllung in der Mittagsbetreuung erforderlich ist.

Diese Erklärung umfasst nicht einen etwaigen Austausch mit Beratungslehrkräften sowie Schulpsychologinnen und Schulpsychologen. Hierfür wäre eine gesonderte, anlassbezogene Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht erforderlich. Dies gilt auch für anlassbezogen arbeitende Schulsozialpädagoginnen und -pädagogen der Jugendsozialarbeit an Schulen (JaS).

Diese Erklärung gilt bis auf weiteres, längstens bis zum Vertragsende.

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.

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschriften **aller** Erziehungsberechtigten

## Informationen zu Besonderheiten und Verhalten bei Zecken oder Läusen

Schüler\*in (Name & Vorname): \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

### Besonderheiten

Liegen Besonderheiten (Allergien, Unverträglichkeiten, etc.) vor?

nein

ja

Falls **ja**, bitte genauere Angaben:

---

---

### Verhalten bei Zecken bzw. Läusen

Aus medizinischer Sicht ist die Entfernung von **Zecken** möglichst zeitnah zum Zeckenbiss sinnvoll. Hierfür brauchen wir Ihr Einverständnis.

Bitte achten Sie nach einem Zeckenbiss einige Tage lang auf folgende mögliche Veränderungen und konsultieren Sie ggf. einen Arzt.

- Entzündung der Bissstelle
- Kreisrote Entzündung am Körper
- Allgemeines Krankheitsempfinden.

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass Zecken in der Mittagsbetreuung vom Betreuungspersonal entfernt werden dürfen.

Ich/ Wir möchten **nicht**, dass Zecken entfernt werden. Wir möchten angerufen werden und holen unser Kind umgehend ab, um geeignete Maßnahmen zu ergreifen.

Um eine Weiterverbreitung von **Läusen oder deren Nissen** zu verhindern, kann es notwendig sein, die Köpfe der Kinder einer Sichtprüfung zu unterziehen. Diese wird unaufgeregt und ohne Stigmatisierung vorgenommen, ersetzt jedoch keine fachkundige Untersuchung vom Arzt.

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind in der Mittagsbetreuung im Bedarfsfall auf Läuse untersucht wird.

Unser Kind soll **nicht** untersucht werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschriften **aller** Erziehungsberechtigten

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate**

ERSTANMELDUNG

RESSORT/SCHULE: **Mittagsbetreuung GS Süd**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger) / *Creditor name and address*

<p><b>Sozialdienst</b> <b>Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V.</b></p> <p><b>Aubinger Weg 10</b> <b>82178 Puchheim</b></p>	<p><input type="radio"/> <b>Einmalige Zahlung</b> (Einmalige Zahlung / One-off payment)</p> <p><input type="radio"/> <b>Wiederkehrende Zahlung</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Wiederkehrende Zahlung/ Recurrent payment</b></p>
---	---

[Gläubiger-Identifikationsnummer /  
*Creditor Identifier - CI*]

**DE03ZZZ00000433699**

[Mandatsreferenz – vom Zahlungsempfänger auszufüllen /  
*Mandate reference – to be completed by the creditor*]

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate**

Ich/Wir ermächtige(n) / *By signing this mandate form, you authorise*

[Name des Zahlungsempfängers / *Creditor name*]

**Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V.**

Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von / to  
*send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from*

[Name des Zahlungsempfängers / *Creditor name*]

**Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V.**

auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. /

*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.*

Kind/Kunde (Vorname, Name) / *Your child's name/client name*

Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) / *Your name and address/debtor(s) name and address*

Kreditinstitut / *Bank*

IBAN

**DE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Ort, Datum / Location, Date**

**Unterschrift (Zahlungspflichtiger) /  
*Please sign here***

## Nachweis des Masernschutzes

Laut Beschluss des Bundestages vom 14. November 2019 dürfen nur Kinder in einer Gemeinschaftseinrichtung aufgenommen werden, die einen ausreichenden Masernschutz haben.

Schüler\*in (Name & Vorname): \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

### Der Nachweis kann auf folgende Arten erfolgen:

- Bestätigung des Masernschutzes bei der Schuleingangsuntersuchung (Kopie beilegen)
- Vorlage des eindeutig ausgefüllten Impfpasses bei der Leitung der Mittagsbetreuung

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Leitung Mittagsbetreuung \_\_\_\_\_

- Bestätigung einer Arztpraxis über den ausreichenden Impfschutz

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift der Arztpraxis \_\_\_\_\_

- Ärztliches Zeugnis über die Immunität gegenüber Masern (Kopie beilegen)

## Widerrufsbelehrung

### Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, binnen 14 Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen.  
Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt mit dem Tag des Vertragsabschlusses.

Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns

Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V.  
Aubinger Weg 10, 82178 Puchheim  
Telefon: 089/800 631-0  
Telefax: 089/800 631- 122  
E-Mail: empfang@sozialdienst-puchheim.de

mittels einer eindeutigen Erklärung (z.B. ein mit der Post versendeter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren.  
Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

### Folgen des Widerrufs

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, unverzüglich und spätestens binnen 14 Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen der Rückzahlung Entgelte berechnet.

Haben Sie verlangt, dass die Dienstleistungen während der Widerrufsfrist beginnen sollen, so haben Sie uns einen angemessenen Betrag zu zahlen. Dieser entspricht dem Anteil der Dienstleistungen, die bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie uns von der Ausübung des Widerrufsrechtes unterrichten, bereits erbracht wurden im Vergleich zum Gesamtumfang der im Vertrag vorgesehenen Dienstleistungen. Gegenseitige Zahlungsansprüche können verrechnet werden.

✂ .....

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

Obige Widerrufsbelehrung zum Widerrufsrecht und zu den Widerrufsfolgen haben wir

\_\_\_\_\_ zur Kenntnis genommen.

Namen der Eltern

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschriften **aller** Erziehungsberechtigten

## Informationen zum Datenschutz

### gem. Art. 13 EU - Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

#### Wer ist für den Datenschutz und die Datenverarbeitung verantwortlich?

##### Die verantwortliche Stelle:

Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V.  
Aubinger Weg 10, 82178 Puchheim, Tel. 089 / 800631-0  
E-Mail: [empfang@sozialdienst-puchheim.de](mailto:empfang@sozialdienst-puchheim.de)  
[www.sozialdienst-puchheim.de](http://www.sozialdienst-puchheim.de)

##### Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten:

Telefon: 089/ 800 631-0  
E-Mail: [datenschutz@sozialdienst-puchheim.de](mailto:datenschutz@sozialdienst-puchheim.de)

#### Art, Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten wir ausschließlich, um unsere Leistungen erbringen und abrechnen zu können. Die Rechtsgrundlage dafür ist Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO.

Rechnungen und die Nachweise dazu müssen wir für 10 Jahre speichern (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO). Alle weiteren personenbezogenen Daten löschen wir nach Ende der Leistungserbringung.

Bei uns haben nur diejenigen Mitarbeitenden Zugriff auf Ihre Daten, die unmittelbar mit der Leistungserbringung beauftragt sind. Wir geben Daten nur an Dritte weiter, wenn Sie uns dazu autorisieren oder wir gesetzlich dazu verpflichtet werden.

#### Ihre Rechte als von der Datenverarbeitung betroffene Person

Sie haben gem. Art. 15 DSGVO das Recht auf Auskunft über die von uns zu Ihrer Person verarbeiteten personenbezogenen Daten.

Ferner haben Sie gem. Art. 16-18 DSGVO ein Recht auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung, soweit Ihnen dies gesetzlich zusteht.

Sollten Sie der Ansicht sein, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die EU-DSGVO verstößt, haben Sie nach Art. 77 Abs. 1 EU-DSGVO das Recht, sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns bei der Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren.

Zuständig ist die Aufsichtsbehörde des Bundeslandes, in dem der mutmaßliche Verstoß erfolgt ist. Für uns ist das bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht ([www.baylda.de](http://www.baylda.de)) zuständig.