

Anmeldeblatt zum Besuch der Inklusiven Kooperativen Ganztagsbildung



IG - InitiativeGruppe
Interkulturelle Begegnung
und Bildung e.V.

**abzugeben bis 02.02.2024
per Post oder Email**

Einrichtungsdaten	
Straße und Hausnummer:	Inklusive Kooperative Ganztagsbildung an der Grundschule an der Schrobenhausener Straße mit der InitiativeGruppe e.V. Schrobenhausener Straße 17, 80686 München Email: kooperativerganztag@initiativgruppe.de

Angaben zum Kind		BITTE LESERLICH SCHREIBEN! (DRUCKBUCHSTABEN)	
Familienname:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
Geschlecht:			
Klassenstufe:			
Eintrittsdatum:			
Masernimpfung:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	(Nachweis ist in der Einrichtung vorzulegen)

Angaben zu den Personensorgeberechtigten				BITTE LESERLICH SCHREIBEN! (DRUCKBUCHSTABEN)			
Personensorgeberechtigte/r 1		Personensorgeberechtigte/r 2		Personensorgeberechtigte/r 1		Personensorgeberechtigte/r 2	
sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		sorgeberechtigt:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Beziehung zum Kind:	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> _____			Beziehung zum Kind:	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> _____		
Anrede:				Anrede:			
Familienname:				Familienname:			
Vorname:				Vorname:			
Geburtsdatum:				Geburtsdatum:			
Geburtsland:				Geburtsland:			
Anschrift:				Anschrift:			
Haushaltsgemeinschaft mit dem Kind besteht?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		Haushaltsgemeinschaft mit dem Kind besteht?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	(falls ja, Nachweis erforderlich!)				
Tel.:				Tel.:			
E-Mail:				E-Mail:			

Ich/Wir habe/n für unser Kind im Schuljahr 2024/25 Interesse an **BITTE ANKREUZEN**:

1.	Besuch einer Halbtagsklasse (flexible Variante)
<input type="checkbox"/>	mit Betreuung nach Unterrichtsende an mindestens drei Nachmittagen

Täglicher Betreuungsbedarf (bitte ankreuzen)					
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
von	Unterrichtsende (11.30/12.15/13.00, je nach Stundenplan)				
bis	<input type="checkbox"/> 14.00 <input type="checkbox"/> 15:30 <input type="checkbox"/> 16:30 <input type="checkbox"/> 17:30 <input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 14.00 <input type="checkbox"/> 15:30 <input type="checkbox"/> 16:30 <input type="checkbox"/> 17:30 <input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 14.00 <input type="checkbox"/> 15:30 <input type="checkbox"/> 16:30 <input type="checkbox"/> 17:30 <input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 14.00 <input type="checkbox"/> 15:30 <input type="checkbox"/> 16:30 <input type="checkbox"/> 17:30 <input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 14.00 <input type="checkbox"/> 15:30 <input type="checkbox"/> 16:30 <input type="checkbox"/> 17:30 <input type="checkbox"/> 18:00
Achtung: Es müssen wöchentlich mind. 5,25h Buchungszeit erreicht werden					

ODER

2.	Besuch einer gebundenen Ganztagsklasse (rhythmisierte Variante)
<input type="checkbox"/>	mit Betreuung nach Unterrichtsende
<input type="checkbox"/>	nur mit Ferienbetreuung

Täglicher Betreuungsbedarf (bitte ankreuzen)					
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
von	Unterrichtsende (Mo – Do 15.30 / Fr 11.30 o. 12.15)				
bis	<input type="checkbox"/> 16:30 <input type="checkbox"/> 17:30 <input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 16:30 <input type="checkbox"/> 17:30 <input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 16:30 <input type="checkbox"/> 17:30 <input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 16:30 <input type="checkbox"/> 17:30 <input type="checkbox"/> 18:00	<input type="checkbox"/> 14.00 <input type="checkbox"/> 15:30 <input type="checkbox"/> 16:30 <input type="checkbox"/> 17:30 <input type="checkbox"/> 18:00

Achtung: Die Auswahl für die Ganztagsklasse obliegt der Schule. Sollte Ihr Kind keinen Platz in der Ganztagsklasse bekommen, halten wir mit Ihnen Rücksprache, ob eine Betreuung nach der Halbtagsklasse für Sie in Frage kommt.

Essensteilnahme	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bankverbindung		BITTE LESERLICH SCHREIBEN! (DRUCKBUCHSTABEN)
Um einen Vertrag abschließen zu können, teilen Sie uns bitte vorab Ihre Bankverbindung mit. Die Gebühren entnehmen Sie bitte der Übersicht auf der Rückseite.		
Kontoinhaber (Vornahme und Name):		
IBAN		
IBIC		

Einverständniserklärung
Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige ich/bestätigen wir, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Außerdem bestätige ich/bestätigen wir den Erhalt der Datenschutzhinweise (Stand 10.01.23) und erkläre mich/erklären uns damit einverstanden, dass die angegebenen Daten erfasst, verarbeitet und zu diesem Zweck an die beteiligten Stellen weitergegeben werden.

Datum, Unterschrift **aller** Personensorgeberechtigten