



**Anmeldung**     **Erweiterung**  
**zur kommunalen Grundschulbetreuung für das Schuljahr**  
**2024/2025**

**zurück an:**  
Bürgermeisteramt Hambrücken  
Frau Grams  
Hauptstraße 108  
76707 Hambrücken

**1. Angaben über das Kind**

Name	Vorname(n)
Geburtsdatum	Klasse im Schuljahr 2024/2025
Adresse	

**2. Angaben über den bzw. die Erziehungsberechtigte\*n**

Name, Elternteil 1	Name, Elternteil 2
Telefon / Handy	Telefon / Handy
E-Mail	
Adresse (falls abweichend vom Kind)	

**3. Gewünschte Betreuungsform**

**Monatstageabo**   

**Monatsabo**   

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
<b>Modul 1 – früh</b> 07.00 Uhr bis 08.30 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Modul 2 - Kernzeit</b> 12.00 Uhr bis 14.00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Modul 3 - flex. Nachmittag</b> 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



#### 4. Besonderheiten & Wichtiges über unser bzw. mein Kind (Allergien/Medikamente):

---

---

---

---

Die aktuelle Entgelt- und Benutzungsordnung über die kommunale Betreuung in der Gemeinde Hambrücken (<https://www.hambruecken.de/startseite/bildung+und+soziales/betreuungseinrichtungen.html>) sind Grundlage der Betreuung und werden durch mich / uns als Erziehungsberechtigte\*r verbindlich anerkannt.

**Diese Anmeldung ist für die Dauer des Schuljahres 2024/2025 verbindlich. Für jedes Schuljahr ist eine neue Anmeldung notwendig!**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte\*r

**Die Anmeldung kann nur bearbeitet werden, wenn folgende Unterlagen beigelegt und vollständig ausgefüllt sind:**

- Formular Notfallnummern
- Einverständniserklärung für Bilder
- Vereinbarung
- Erlaubnis
- SEPA-Lastschriftverfahren



## Notfallnummern

**zur Weiterleitung an die Betreuungskräfte der kommunalen Betreuung an der Grundschule**

### 1. Name des Kindes

**Klasse im Schuljahr 2024/2025:**

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

### 2. Kontaktdaten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Rufnummer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Kontaktperson

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Rufnummer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Kontaktperson

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Rufnummer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Kontaktperson

\*Die Kontaktpersonen erklären sich mit ihrer Unterschrift damit einverstanden, dass ihre personenbezogenen Daten zweckentsprechend verarbeitet werden.

Bei Änderungen ist die Liste der Notfallkontakte vollständig neu auszufüllen. Nur die aktuelle Übersicht hat Gültigkeit, ggf. zuvor vorhandene Versionen werden damit ersetzt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte\*r



## Einverständniserklärung

---

(Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes)

ich erlaube

ich erlaube nicht.

dass im Rahmen etwaiger Berichterstattung (Homepage, Mitteilungsblatt, Instagram, Facebook) über das Betreuungsangebot der Pfarrer-Graf-Schule Hambrücken Fotos meines Kindes veröffentlicht werden.

---

Unterschrift Erziehungsberechtigte\*r



## Vereinbarung

---

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

1. Mein Kind wird durch die Betreuung täglich oder an gebuchten Tagen von 7.00 - 8.30 Uhr / 12.00 - 14.00 Uhr oder 14.00 - 16.00 Uhr (**betreffendes bitte unterstreichen**) betreut. Der Träger der Einrichtung ist die Gemeinde Hambrücken.
2. Würde mein/unser Kind auf meinen / unseren Wunsch **vor** 14.00 Uhr / 16.00 Uhr die Betreuung verlassen, so ist die Betreuung von der Aufsichtspflicht ab dem Zeitpunkt entbunden, ab dem mein / unser Kind den Betreuungsraum verlässt. Ich / wir werden die Betreuerinnen der Einrichtung hierüber rechtzeitig informieren.
3. Mein / unser Kind darf die Einrichtung nicht besuchen, wenn es an einer ansteckenden Infektionskrankheit leidet oder der Verdacht einer solchen Krankheit besteht. Das gleiche gilt, wenn im Haushalt, dem das Kind angehört, eine schwere oder hochansteckende Infektionskrankheit auftritt. Die Einrichtung ist dann unverzüglich über die Erkrankung zu informieren. Das Kind kann wieder aufgenommen werden, wenn eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt wird, die belegt, dass das Kind frei von der ansteckenden Krankheit ist.
4. Ich stimme / wir stimmen hiermit zu, dass mein/unser Kind nur nach vorheriger Absprache von einer nicht sorgeberechtigten Person abgeholt werden darf. Ich/wir werden die Betreuerinnen der Einrichtung hierüber rechtzeitig informieren.

---

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte\*r

---

Ort, Datum

Unterschrift Einrichtung



## Erlaubnis

Mein / unser Kind darf **nicht** alleine nach Hause laufen!

Mein / unser Kind \_\_\_\_\_ darf nach der Betreuung  
um \_\_\_\_\_ Uhr alleine nach Hause laufen.

Ausnahmen:

---

---

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte\*r

### **Wichtige Telefonnummern:**

#### ***Ansprechpartner\*innen Betreuung:***

***Frau Burkard***

***Frau Erhardt***

07255/76205-18

0159/04485960

E-Mail: [betreuung@hambruecken.de](mailto:betreuung@hambruecken.de)

***Schule Sekretariat: 07255/762050***

#### ***An- und Abmeldungen:***

***Frau Grams***

07255/7100-18

E-Mail: [grams@hambruecken.de](mailto:grams@hambruecken.de)



## Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID der Gemeinde Hambrücken: **DE17ZZZ00000055923**

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Straße, Haus-Nr.</b>	
<b>PLZ, Ort</b>	

Die Gemeinde Hambrücken wird widerruflich ermächtigt folgende, von mir/uns zu leistenden Beträge für

- Elternbeitrag für die Module der Grundschulbetreuung**
- Elternbeitrag für die Ferienbetreuung**

bei Fälligkeit zu Lasten des folgenden Girokontos

<b>IBAN</b>	
<b>BIC</b>	
<b>Kreditinstitut</b>	

mittels Lastschrift einzuziehen. Die genannte Bank wurde angewiesen, die von der Gemeinde Hambrücken gezogenen Lastschriften einzulösen.

Einzugstermine und -Beträge sind in entsprechenden Bescheiden oder Rechnungen aufgeführt. Ohne ausreichende Kontodeckung besteht keine Einlösungspflicht seitens der Bank. Anfallende Rücklastschriftgebühren trägt der Kontoinhaber\*in. In diesem Fall erlöschen Einzugsermächtigung und SEPA-Mandat automatisch.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber\*in