

Grund- und Mittelschule Altomünster

Faberweg 13-15 85250 Altomünster ☎ 08254/99850

📧 08254/9985123 sekretariat@schule-altomuenster.de



Antrag für Aufnahme in eine Ganztagesklasse

Antrag zum Besuch der _____ Klasse mit gebundenem Ganztagesunterricht im Schuljahr 2024/25

 Anmeldung und Erklärung	<p><input type="radio"/> Hiermit melde/n ich/ wir unser Kind verbindlich zum Besuch der Ganztagesklasse an der Grund- und Mittelschule Altomünster an.</p> <p>Unterschrift der Erziehungsberechtigten (Datum/Ort):</p> <p>_____</p> <p>Ich bin/ wir sind darüber informiert, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> mein/unser Kind die Ganztagesklasse bis zum Schuljahresende 2024/25 verpflichtend besuchen muss. <input type="radio"/> mit der Anmeldung für die Ganztagesklasse kein Anspruch auf Aufnahme besteht. <input type="radio"/> Aufnahmeauswahlgespräche stattfinden können. <input type="radio"/> der Nachmittagsunterricht aus zwingenden Gründen (z. B. Lehrerfortbildung, Teamsitzungen, Konferenzen, etc.) auch ausfallen kann. Ich/Wir werde/n spätestens eine Woche vorher davon in Kenntnis gesetzt. Die Betreuung meines Kindes organisiere ich in diesen Fällen selbst. <input type="radio"/> Bei Fehlverhalten entsprechend §87 Bay EUG oder Ausbleiben der Zahlung des Essensgeldes kann mein Kind aus dem Ganztageszug in die Regelklasse versetzt werden. <input type="radio"/> Das Mittagessen (siehe Einzugsermächtigung) gehört zum pädagogischen Konzept der Schule und muss von den Erziehungsberechtigten bezahlt werden (Ausnahmen kann es nur bei besonderen gesundheitlichen Problemen geben gegen Vorlage eines ärztlichen Attests). <input type="radio"/> Bitte füllen Sie dazu beiliegende Einzugsermächtigung aus (siehe Anlage). <input type="radio"/> Für die Klassenbildung ist eine ausreichende Anzahl an Schülern notwendig. 		
	Die Felder sind für die Ganztagschüler Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden.		
Angaben zum Kind	Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
	Adresse:		
	Staatsangehörigkeit:	Religionszugehörigkeit*:	Besucher Religionsunterricht (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> r.-k. <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> Ethik (bitte ankreuzen)
	Geschwister (Anzahl und Alter)*:		
	Krankenversichert bei:		
	Besucher Kindergarten:		Dauer: <input type="checkbox"/> 2 Jahre <input type="checkbox"/> 3 Jahre <input type="checkbox"/> länger als 3 Jahre
	Schulweg: <input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> mit dem Bus <input type="checkbox"/> anders, nämlich _____		

Erziehungsberechtigte	Name: Vorname:	Name: Vorname:
	Adresse: (falls von Schüleradresse abweichend)	Arbeitgeber:*
	Telefon:	Telefon: (dienstlich)
	Handy:	
	E-Mail:	
Interessen, Lern- u. Leistungsstand des Kindes	Stärken und besondere Interessen:	
	Schwächen/Probleme in folgenden Bereichen: (z. B. auch Konzentrationsschwierigkeiten, Sprachprobleme)	
Begründung	Mein Kind soll in die Ganztagsklasse, weil ... (bitte ankreuzen oder ausfüllen) <input type="checkbox"/> wir beide berufstätig sind. <input type="checkbox"/> ich alleinerziehend und berufstätig bin. <input type="checkbox"/> sonstiger Grund:	
Zusatzangebot	<i>Unser Zusatzangebot (z.B. Musikunterricht) wird derzeit überarbeitet. Sie erhalten von uns rechtzeitig eine Auswahl und die entsprechenden Anmeldeformulare.</i>	
wichtige Hinweise	Was sollten die Lehrkräfte/die Betreuerinnen noch über Ihr Kind wissen (Krankheiten, Medikamente, Allergien, Diäten, Besonderheiten beim Mittagessen):	

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

**Monatspauschale derzeit 59,56€ - Abbuchung erfolgt 11x im Jahr
(Änderungen vorbehalten)****Zahlungsempfänger:**

Name: Förderverein der Schülerbetreuung Altomünster e.V.

IBAN: DE86 7005 1540 0760 2316 13

BIC: BYLADEM1DAH

Adresse: Faberweg 13-15; 85250 Altomünster

Gläubiger ID-Nr.:

Mandatsreferenz-Nr.: _____ (Name des Kindes)

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Basis-Lastschrift bei Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Basis-Lastschriften einzulösen.

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

Sollte ein Einzug aufgrund mangelnder Deckung des Kontos oder falschen Angaben meinerseits / unsererseits misslingen, trage ich / tragen wir die daraus entstehenden Kosten.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

bis zum Austritt aus einer Ganztagesklasse an der Grund- und Mittelschule Altomünster

Zahlungspflichtiger:

Name: _____

Adresse: _____

IBAN (max. 35 Stellen): _____

BIC (8 oder 11 Stellen): _____

Kreditinstitut: _____

Ort, Datum_____
Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen