



Aufnahmeblatt 7 Regelungen zur Abholung vom Besuch der Kooperativen Ganztagsbildung

Kinddaten

Name, Vorname	
Geburtsdatum:	

- Mein Kind wird abgeholt, sofern nicht im Einzelfall schriftlich anderweitig geregelt.
 Mein Kind darf an folgenden Tagen allein nach Hause gehen:

Montag	Uhrzeit: ___:___ Uhr
Dienstag	Uhrzeit: ___:___ Uhr
Mittwoch	Uhrzeit: ___:___ Uhr
Donnerstag	Uhrzeit: ___:___ Uhr
Freitag	Uhrzeit: ___:___ Uhr

Angaben zu den dauerhaft abholberechtigten Personen ohne Personensorgerecht:

Name, Vorname	
Telefonnummer	

Name, Vorname	
Telefonnummer	

Name, Vorname	
Telefonnummer	

Name, Vorname	
Telefonnummer	

Die Regelungen gelten bis zu einem schriftlichen Widerruf.

Abweichungen sind möglich, müssen jedoch im Vorfeld **schriftlich** von einer personensorgeberechtigten Person/vom gesetzlichen Vertreter¹ bekannt gegeben werden.

Die Regelungen finden ausschließlich im Anschluss an das Kinder- und Jugendhilfeangebot der Kooperativen Ganztagsbildung Anwendung. Besucht Ihr Kind dieses an einzelnen Tagen grundsätzlich nicht und verlässt die Schule direkt nach Unterrichtsende, erfolgt keine Kontrolle der Abholung durch die Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung.

Eventuelle Kernzeiten der Einrichtung sind zu berücksichtigen.

München, Datum:

1. _____ 2. _____
Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten²/des gesetzlichen Vertreters

¹ Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird in diesem Formular nur die männliche Form verwendet. Diese beinhaltet immer auch weibliche gesetzliche Vertreterinnen.

² Sofern nicht beide Elternteile unterschreiben, versichere ich, dass

mir die Personensorge allein zusteht der/die andere Sorgeberechtigte hiermit einverstanden ist. Das Einverständnis erfolgte auf der Grundlage von Informationen über den Zweck.



Aufnahmeblatt 8 – Notfallliste Kooperative Ganztagsbildung

Kinddaten

Name, Vorname	
Geburtsdatum:	

Notfallkontakte

Personensorge- berechtigte:r/ gesetzl. Vertretung	Name	
	Vorname	
	Telefon	

Personensorge- berechtigte:r/ gesetzl. Vertretung	Name	
	Vorname	
	Telefon	

Angaben zu Personen, die im Notfall informiert werden sollen (nach erfolglosem Versuch der Kontaktaufnahme mit Personensorgeberechtigten/gesetzl. Vertreter):

Name, Vorname	
Verhältnis zum Kind	
Telefon	

Name, Vorname	
Verhältnis zum Kind	
Telefon	

Name, Vorname	
Verhältnis zum Kind	
Telefon	

Name, Vorname	
Verhältnis zum Kind	
Telefon	

Die Regelungen gelten bis zu einem schriftlichen Widerruf.

München, Datum:

1. _____ 2. _____
Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten³/gesetzl. Vertreters

³ Sofern nicht beide Elternteile unterschreiben, versichere ich, dass

mir die Personensorge allein zusteht der/die andere Sorgeberechtigte hiermit einverstanden ist. Das Einverständnis erfolgte auf der Grundlage von Informationen über den Zweck.



Aufnahmeblatt 9 – Gesundheit Kinndaten

Name, Vorname	
Geburtsdatum:	

1. Besonderheiten im Rahmen der Verpflegungsteilnahme

- Es bestehen folgende Unverträglichkeiten/Allergien gegen Inhaltsstoffe in Lebensmitteln (**ärztliches Attest erforderlich!**)

- Etwaige sonstige Vereinbarungen zwischen der KoGa-Einrichtung und den Personensorgeberechtigten/dem gesetzlichen Vertreter zum Thema Verpflegung:

2. Sonstige gesundheitliche Aspekte

- Unser Kind leidet an einer (chronischen) Erkrankung/sonstigen gesundheitlichen Einschränkungen:

3. Medikation

Das Personal der KoGa ist allgemein nicht befugt, Medikamente zu verabreichen.

- Hiervon ausgenommen ist folgende, konkret definierte Notfallmedikation (**ärztliches Attest erforderlich!**): _____

- Hiervon ausgenommen ist eine dauerhafte, konkret definierte Medikation (**ärztliches Attest erforderlich!**): _____

4. Zecken

Wird am Kind eine Zecke festgestellt, so bemüht sich das Personal, diese fachgerecht unter Verwendung einer Zeckenkarte oder -zange zu entfernen. Zusätzlich werden spätestens beim Abholen des Kindes die Personensorgeberechtigten oder die von diesen mit dem Abholen beauftragte Person verständigt. In Ausnahmefällen kann durch die KoGa-Einrichtung ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden.

- nur im Einzelfall anzukreuzen:** Die Personensorgeberechtigten erklären, dass sie mit dem beschriebenen Vorgehen **nicht** einverstanden sind. In diesem Fall werden sie, sobald an ihrem Kind eine Zecke festgestellt wird, sofort informiert und müssen ihr Kind unverzüglich abholen.

In medizinischen Notfällen wird der (Kinder-)Notarzt oder der Rettungsdienst verständigt.

München, Datum:

1. _____ 2. _____
Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten⁴/des gesetzl. Vertreters

⁴ Sofern nicht beide Elternteile unterschreiben, versichere ich, dass

mir die Personensorge allein zusteht der/die andere Sorgeberechtigte hiermit einverstanden ist. Das Einverständnis erfolgte auf der Grundlage von Informationen über den Zweck.



Aufnahmeblatt 10 – Veröffentlichung von Foto-, Video-, Tonaufnahmen

Einrichtungsdaten

Adresse:	Weilerstraße 1, 81541 München
Telefonnummer:	0170-3482457
E-Mail:	koga.sbw@kjf-muenchen.de

Hiermit erteile ich/erteilen wir

- für mich/für uns selbst
 für mein/unser Kind

Kinddaten

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Unsere E-Mail-Adresse	

- mein/unser Einverständnis,

dass in der Einrichtung und bei Ausflügen durch das Personal der Kooperativen Ganztagsbildung an der Grundschule Weilerstraße oder durch eine von der Einrichtung hiermit beauftragte Person

- Foto/s
 Videoaufnahme/n
 Tonaufnahme/n

angefertigt wird/werden. Diese darf/dürfen unentgeltlich sowie ohne zeitliche und inhaltliche Einschränkung (bis zum erfolgten Widerruf) von der Katholischen Jugendfürsorge der Erzdiözese München und Freising e. V. (KJF) zum Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden. Eine Verwendung der Aufnahmen für andere als die beschriebenen Zwecke ist unzulässig.

Konkrete Verwendungszweck/e ist/sind Veröffentlichung:

- in Form von Aushängen von Fotos in der Schule (=in der KoGa-Einrichtung)
 Überlassung der Aufnahmen an Dritte: an Mitschüler:innen in Fotoalben, die ggf. am Schuljahresende/bei Verabschiedung angefertigt werden
 Verwendung im pädagogischen Zusammenhang.
 auf der Homepage www.kjf-muenchen.de; www.sbw-flexible-hilfen.de
 in Print-Medien
 in Print- und Online-Medien
 Social Media
 im Intranet <http://intranet.kjf-muenchen.de/kjf/>

- kein Einverständnis, dass Fotos, Videoaufnahmen oder Tonaufnahmen verwendet werden.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Aufnahmen, welche im Internet veröffentlicht wurden, von beliebigen Personen abgerufen werden können. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass solche Personen die



Aufnahmen weiterverwenden oder an andere Personen weitergeben.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Wird sie nicht erteilt, entstehen keine Nachteile.

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der KJF (datenschutz@kjmuenchen.de, Tel: 089-74647-0) widerrufen werden. Im Falle eines Widerrufs wird die Aufnahme unverzüglich entfernt/gelöscht.

Im Falle eines Widerrufs nach Veröffentlichung in Printmedien wird von einem weiteren Druck in Print Medien abgesehen und das Foto aus der Datenbank gelöscht. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

München, Datum:

1. _____ 2. _____
Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten⁵/des gesetzl. Vertreters

⁵ Sofern nicht beide Elternteile unterschreiben, versichere ich, dass

mir die Personensorge allein zusteht der/die andere Sorgeberechtigte hiermit einverstanden ist. Das Einverständnis erfolgte auf der Grundlage von Informationen über den Zweck.



Aufnahmeblatt 11 – SEPA-Basislastschriftmandat

Wiederkehrende Zahlungen an

SBW-Flexible Hilfen München
Katholische Jugendfürsorge der Erzdiözese München und Freising e. V.
Adlzreiterstraße 22
80337 München

Ligabank München
IBAN: DE 04 7509 0300 0002 3336 78
BIC: GENODEF1M05

Mandatsreferenznummer (von FiBu auszufüllen): _____

Name, Vorname: _____
(Zahlungspflichtige:r)

Ich ermächtige die **SBW-Flexible Hilfen – Katholische Jugendfürsorge der Erzdiözese München und Freising e. V.**, die zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit mittels Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der **SBW-Flexible Hilfen – Katholische Jugendfürsorge der Erzdiözese München und Freising e. V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Bei nicht gedeckten oder gelöschten Konten können Rücklastschriftgebühren und ein erhöhter Verwaltungsaufwand anfallen. Diese müssen in Form einer Pauschale in Höhe von 10,-€ von dem/der Kontoinhaber:in getragen werden.

- Verwendungszweck: monatliche Verpflegungspauschale in Höhe von 105,-€ bzw. anteilige Pauschale bei Teilnahme am Mittagessen nur an einzelnen Wochentagen.
- monatlicher Elternbeitrag zum Besuch der Kooperativen Ganztagsbildung an der Grundschule Weilerstraße entsprechend der gebuchten Betreuungszeiten
- Elternbeitrag bei ausschließlicher Ferienbuchung entsprechend der gebuchten Tage.

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Kindertageseinrichtung: **Kooperative Ganztagsbildung an der Grundschule Weilerstraße, Weilerstraße 1, 81541 München**

Kontoinhaber:in: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort _____

Telefon: _____

Name des Kreditinstituts: _____

IBAN: _____

BIC: _____



Bitte informieren Sie uns über Änderungen Ihrer Adresse.

Eine rechtliche Verpflichtung zur Durchführung des Lastschriftverfahrens besteht nicht, die Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats ist freiwillig und jederzeit widerrufbar.

Wenn Sie nicht am SEPA-Lastschriftverfahren teilnehmen, sind Sie verpflichtet, die Gebühren und das Verpflegungsgeld bis jeweils zum 3. Werktag des Monats an obenstehende Bankverbindung zu überweisen.

Ort, Datum:

Unterschrift der/des Verfügungsberechtigten

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der Erteilung des SEPA-Basislastschriftmandats lassen sich den Datenschutzhinweisen für den Besuch der Kooperativen Ganztagsbildung (abrufbar unter: <https://www.sbw-flexible-hilfen.de/koga-grundschule-weilerstrasse.html>) entnehmen.