

SCHULISCHE TAGESBETREUUNG – Stammdatenblatt

Schule: VS Friesach

1. Tarif

Betreuungstage getrennte Abfolge – ganztägige Schulform (bitte ankreuzen)						Mittagessen (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Anmeldung ab							

2. Daten der Schülerin/des Schülers

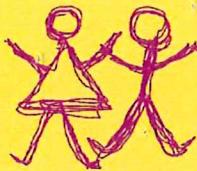
Vorname			Nachname		
Geschlecht (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich			
Geburtsdatum			Staatsbürgerschaft		
Muttersprache					
Adresse					

3. Daten der Eltern/Erziehungsberechtigten

Vorname			Titel/Nachname			
berufstätig (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			Beschäftigungsausmaß (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Teilzeit
						<input type="checkbox"/> Vollzeit
Vorname			Titel/Nachname			
berufstätig (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			Beschäftigungsausmaß (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Teilzeit
						<input type="checkbox"/> Vollzeit
Familienstand (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft		
alleinerziehend (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
E-Mail-Adresse:						
Telefon PRIVAT 1			Telefon ARBEIT 1			
Telefon PRIVAT 2			Telefon ARBEIT 2			

4. Daten zur Abholung des Kindes

Mein Kind geht nach der Betreuung selbstständig nach Hause (bitte ankreuzen)			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
falls nein, das Kind wird durch folgende Personen von der Schule abgeholt (bitte ankreuzen)				
<input type="checkbox"/> Mutter				
<input type="checkbox"/> Vater				
<input type="checkbox"/> Andere Personen:				



5. Allgemeine Informationen

Hausarzt/Kinderarzt				
Krankheiten, Allergien und Unverträglichkeiten des Kindes				
Muss Ihr Kind während der Betreuung Medikamente nehmen (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
wenn ja, welche?				
Allfälliges, was Sie uns mitteilen möchten				

6. Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Ich bestätige hiermit ausdrücklich die Richtigkeit der von mir angegebenen Daten und Informationen. Weiters nehme ich zur Kenntnis, dass die Anmeldung an den genannten Tagen verbindlich ist, eine Abmeldung der Betreuung nur zum Semester erfolgen kann und die Einteilung bzw. Vergabe der Betreuungsplätze ausschließlich durch die Schuldirektion in Kooperation mit der BÜM gem. Betreuungs- GmbH nach Maßgabe der freien Plätze erfolgt.

Ort, Datum		Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten	
------------	--	---	--

7. Datenschutzerklärung

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass die im vorliegenden Antrag erfassten persönlichen Daten, zweckmäßig für die Betreuung meines Kindes bei der BÜM gem. Betreuungs- GmbH, elektronisch verarbeitet werden. Weiters bestätige ich, dass ich seitens der BÜM gem. Betreuungs- GmbH datenschutzrechtlich informiert wurde und dem Inhalt des Dokumentes **BÜM-18004** vollinhaltlich zustimme. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich bei der BÜM gem. Betreuungs- GmbH, 9300 – Bräuhausgasse 23, widerrufen werden.

Ort, Datum		Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten	
------------	--	---	--

8. Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtigen die BÜM gem. Betreuungs- GmbH bzw. den/die jeweiligen **Schulerhalter/in** die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der BÜM gem. Betreuungs- GmbH bzw. dem/der Schulerhalter/in auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinen/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Name)			Anschrift des Zahlungspflichtigen		
IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC					
Kreditinstitut					
Zahlungsart (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	wiederkehrend am 5. des Monats	<input type="checkbox"/>	Einmalzahlung	
	<input type="checkbox"/>	wiederkehrend am 15. des Monats			
Ort, Datum			Unterschrift/en des/der Kontozeichnungsberechtigten		