



## Anmeldung zum Betreuungsangebot der Thomas-Morus-Realschule Östringen

Das Betreuungsangebot richtet sich an Schülerinnen und Schüler der **Jahrgangsstufen 5,6 und 7**.

Die Nachmittagsbetreuung wird von montags bis donnerstags angeboten.  
Bei genügend Anmeldungen für den Freitag bieten wir diesen zusätzlich an.

**Montag - Donnerstag:** Nachmittagsbetreuung      Beginn: 12.15 Uhr/ Ende: 14.50 Uhr  
Monatsbeitrag: 35,00 €

Im Rahmen der Betreuung werden die Schülerinnen und Schüler bei ihren Hausaufgaben unterstützt und betreut. Die Vollständigkeit der Hausaufgaben obliegt den Erziehungsberechtigten. Außerdem werden noch sinnvolle, freizeitbezogene Aktivitäten angeboten.

Die Anmeldung gilt für ein Schuljahr und endet daher automatisch zum 31.07.  
Eine vorzeitige Kündigung kann nur vierteljährlich zum Quartalsende erfolgen.

Das Betreuungsteam ist ab dem ersten Schultag um 12:10 Uhr im Raum 109 anwesend.

**Hiermit melde ich mein Kind für das Schuljahr 2025/26 verbindlich zum Nachmittagsangebot an.**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Kindes

\_\_\_\_\_  
Klasse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer des Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Notfallnummer

### Datenschutzerklärung für Schulkind bezogene Betreuungsangebote

Die im Anmeldeformular angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen (Art. 6 DSGVO) erhoben, gespeichert und verarbeitet.

Weiter weisen wir darauf hin, dass ein Datenaustausch zwischen der Schule und dem Schulträger - der Stadt Östringen - bei Bedarf stattfindet.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Bitte Rückseite vollständig ausfüllen

# Lastschriftmandat



Stadt Östringen  
Tina Hörner  
Am Kirchberg 19  
  
76684 Östringen

Gläubiger/in	Stadt Östringen Am Kirchberg 19 76684 Östringen
Gläubiger-Identifikations-Nr.	DE440640000023330

## 1. Zahlungspflichtige/r

Familiename		Vorname	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)	E-Mail (Angabe freiwillig)	

## 2. Bankverbindung

Kontoinhaber/in: Familiename		Vorname	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
IBAN DE	BIC	Name des Kreditinstituts	

## 3. Kassenzeichen/Mandatsreferenz (für die das Lastschriftmandat erteilt werden soll)

1	Schülerbetreuung
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

## 4. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die oben genannte Behörde, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der oben genannten Behörde auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum Östringen	Unterschrift:
-------------------------	---------------

Vervielfältigung, Nachahmung und Veröffentlichung und elektronische Speicherung nur mit Genehmigung!

E-Mail: [info@form-solutions.de](mailto:info@form-solutions.de)  
[www.form-solutions.de](http://www.form-solutions.de)

Form-Solutions  
Artikel-Nr. 010001

