

**Anmeldung**  
**für den Besuch des Offenen Ganztagsangebotes**  
**an der Grundschule Osdorf mit Außenstelle Felm**

für den Standort  Osdorf  
 Felm

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

Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geschwisterkind in OGA-Betreuung:  Ja  
 Nein

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Klassenstufe zum Zeitpunkt der Aufnahme: \_\_\_\_\_

Aufnahme zum: \_\_\_\_\_  
1. oder 15. eines Monats Jahr

Für die interne Planung: Mein/Unser Kind wird durchschnittlich zu folgenden Betreuungszeiten in der OGA sein:

**OGA Osdorf:**

07.00 - 07.45 Uhr	<input type="checkbox"/>
11.45 - 13.00 Uhr	<input type="checkbox"/>
13.00 - 14.00 Uhr	<input type="checkbox"/>
14.00 - 15.00 Uhr	<input type="checkbox"/>
15.00 - 15.30 Uhr	<input type="checkbox"/>

**OGA Felm:**

11.35 - 12.35 Uhr	<input type="checkbox"/>
12.35 - 13.35 Uhr	<input type="checkbox"/>
13.35 - 14.05 Uhr	<input type="checkbox"/>
14.05 - 15.05 Uhr	<input type="checkbox"/>

**Erziehungsberechtigte:**

**1. Erziehungsberechtigte/r:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**2. Erziehungsberechtigte/r:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
(sofern abweichend)

Telefon: \_\_\_\_\_  
(sofern abweichend)

**bitte wenden**

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind im Rahmen der Betreuung bzw. bei Veranstaltungen des Offenen Ganztagsangebotes fotografiert wird. Die Fotos werden aus datenschutztechnischen Gründen lediglich im Offenen Ganztagsangebot verwandt; eine Veröffentlichung in Netzwerken erfolgt nicht.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Gebühren zum jeweiligen Fälligkeitstermin durch die Amtskasse des Amtes Dänischer Wohld von meinem Konto abgerufen werden **(bitte umseitiges SEPA-Basislastschriftmandat aufgefüllt beifügen)**.

Es besteht die Möglichkeit unter bestimmten Voraussetzungen eine Gebührenermäßigung bzw. Gebührenbefreiung im Verwaltungsgebäude des Amtes Dänischer Wohld (EG, Zimmer 5) zu beantragen.

Mit Unterzeichnung dieser Anmeldung erkenne/n ich/wir die Satzung des Schulverbandes Osdorf/Felm/Noer über die Benutzung und Gebührenerhebung für das Ganztagsangebot an der Grundschule Osdorf mit Außenstelle Felm an. Die jeweils gültige Satzung kann in der OGA oder beim Amt Dänischer Wohld, Karl-Kolbe-Platz 1, Gettorf bzw. über die Internetseite des Amtes Dänischer Wohld eingesehen werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des/der 1. Erziehungsberechtigten)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des/der 2. Erziehungsberechtigten)



## SEPA-Lastschrift/Bankeinzugsermächtigung



Das Formular ist nur mit Ihrer Unterschrift gültig (keine Kopie, kein Fax). Bitte senden Sie das Formular per Post an das

Amt Dänischer Wohld  
Der Amtsdirektor  
Amtskasse  
Karl-Kolbe-Platz 1  
24214 Gettorf

Gültig ab: \_\_\_\_\_

Rückwirkend gültig ab: \_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen und benennen	Kassenzeichen oder betreffendes Grundstück
<input type="checkbox"/> Grundsteuer	
<input type="checkbox"/> Schmutzwasser	
<input type="checkbox"/> Niederschlagwasser	
<input type="checkbox"/> Fäkalschlammgebühren	
<input type="checkbox"/> Hundesteuer	
<input type="checkbox"/> Gewerbesteuer	
<input type="checkbox"/> Miete/Pacht	
<input type="checkbox"/> Kindergarten/Krippe	
<input type="checkbox"/> Betreute Grundschule/OGS	
<input type="checkbox"/> Schülerbeförderungskosten	
<input type="checkbox"/>	

Ich ermächtige das Amt Dänischer Wohld, alle wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Amt Dänischer Wohld auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Kontoinhaber: ( ggf. alle Personen eintragen)

Name, Vorname /Firma:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Telefonnummer:	
E-Mail (freiwillig)	
Kreditinstitut:	
BIC:	
IBAN:	DE

Zahlungspflichtiger, sofern nicht Kontoinhaber

Name, Vorname / Firma:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Telefonnummer:	
E-Mail (freiwillig):	

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahlungspflichtiger