

**(5) Zusätzliche Kinder in der Familie unter 18 Jahren
(im Haushalt lebend)**

Name, Vorname	Geburtsdatum	Nimmt an einer Betreuung der Verlässlichen Grundschule teil	
		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

(6) Sonstiges

- Ich/Wir willige(n) in die Verarbeitung der erhobenen Daten zum Zweck der Vergabe eines Betreuungsplatzes ein. Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die angegebenen Daten im Rahmen des verwendeten EDV-Verfahrens vom Amt für Bildung und Betreuung der Stadt Sindelfingen unter Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen, insbesondere der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), eingesehen werden.

- Es gelten die Bestimmungen der Satzung über die Benutzung der städtischen Betreuungsgruppen im Rahmen der Verlässlichen Grundschule. Die o.g. Satzung habe(n) ich/wir erhalten.

- Ich/Wir habe(n) das Formular „Nachweis der Beschäftigung zur Inanspruchnahme eines Betreuungsplatzes im Rahmen der Verlässlichen Grundschule“ zur weiteren Veranlassung erhalten. Mir/Uns ist bekannt, dass dieses Formular baldmöglichst als Kriterium zur Platzvergabe bei der Stadt Sindelfingen vorliegen muss.
Die Betreuungsplätze im Rahmen der Verlässlichen Grundschule werden bei der Stadt Sindelfingen zunächst für die Dauer **eines Schuljahres befristet** und dann verlängert, wenn die Kriterien (nachweisbar) weiterhin erfüllt werden.

- Das Merkblatt für den Besuch einer Betreuungsgruppe der Zusatzbetreuung im Rahmen der Verlässlichen Grundschule habe(n) ich/wir erhalten.

- Ich/Wir willige(n) ein, dass sich das pädagogische Personal der VG mit dem Personal der Schule und der Flexiblen Nachmittagsbetreuung (FNB) im Sinne einer bestmöglichen Förderung meines/unseres Kindes austauschen darf.
Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass sich das Personal der VG bei der Schule über Krankheitstage meines/unseres Kindes informieren darf.

Änderungen der Daten oder Angaben gebe/n ich/wir direkt an das Betreuungspersonal weiter.

Datum

Unterschrift(en) der/des Sorgeberechtigten

Datum, Unterschrift päd. Personal VG

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger

Vorname und Name/Firma

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Stadt Sindelfingen

Rathausplatz 1

71063 Sindelfingen

DE18ZZZ00000210620

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Stadt Sindelfingen, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Stadt Sindelfingen auf mein (unser) Konto gezogene 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.

Die Lastschriften werden zu den Fälligkeitszeitpunkten bewirkt, die im Bescheid ausdrücklich genannt sind. Dort finden Sie auch die genauen Einzugsbeträge (Gebührenbeträge).

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Vorname und Name/Firma: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC: _____|_____

IBAN: DE __|_____|_____|_____|_____|__

Ort, Datum: _____

Unterschrift(en) _____

Die Erteilung oder Änderung eines SEPA-Lastschriftmandats muss der Stadt im Original mit Unterschrift vorliegen. Telefonisch, per Fax oder per E-Mail mitgeteilte Änderungen können nicht berücksichtigt werden.