



**Anmeldung für die offene Ganzttagsschule (OGS)  
der **Mittelschule** Siegsdorf Schuljahr 2024/2025**

Beachten Sie bitte folgende Hinweise:

- Betreuungszeiten: Montag bis Donnerstag jeweils von 13:00 bis 16:00 Uhr.
- Die Anmeldung ist mindestens für 2 und maximal 4 Nachmittage möglich.
- Die OGS der Mittelschule ist kostenfrei; lediglich das tägliche Mittagessen ist zu bezahlen (ca. 5,00 € pro Mahlzeit).
- Eine getätigte Anmeldung **verpflichtet** zum **ganzjährigen** Besuch der OGS.
- Bei frühzeitiger Abholung von der Schule muss die Einrichtungsleitung (08662/6656802) telefonisch oder schriftlich verständigt werden.
- Schüler können vom Besuch der OGS ausgeschlossen werden, wenn eine ansteckende Krankheit vorliegt, der Einrichtungsbetrieb nachhaltig gestört wird/oder den Anweisungen des Personals nicht Folge geleistet wird.
- Sollte Ihr Kind an einem Tag aus zwingenden Gründen nicht zur OGS kommen können, so stellen Sie bitte **frühzeitig** bei der Schulleitung einen Antrag auf Befreiung über den Schulmanager oder unter Downloads/OGS/... unserer Schulhomepage.

Schüler/in: Nachname, Vorname	derzeit besuchte Schule: Klasse: <input type="text"/>																
Anschrift:	Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ): <table><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>0</td><td></td><td></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					2	0		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
				2	0												
Erziehungsberechtigte: Nachname/n, Vorname/n	ggf. E-Mail:																
Anschrift (falls abweichend von obiger):	Telefonnummer/n:																
Ansprechpartner im Notfall (falls abweichend von obiger):	Notfallnummer:																
Bitte etwaige gesundheitliche Beeinträchtigungen angeben:																	

## Verbindliche Anmeldung zur OGS:

1. Uns/Mir ist bekannt, dass die Anmeldung für das Schuljahr 2024/2025 **verbindlich** ist und **für 1 Jahr** gilt; der/die angemeldete Schüler/in ist im Umfang der Anzahl der gebuchten Nachmittage zum Besuch verpflichtet.
2. Uns/Mir ist bekannt, dass kein Rechtsanspruch auf eine Ganztagsbetreuung besteht und die Anmeldung nur unter dem Vorbehalt des Zustandekommens einer staatlich genehmigten Gruppe wirksam werden kann.
3. Ich/Wir erkläre/n hiermit das Einverständnis mit den Bestimmungen des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus und bestätige/n, dass mein/unser Kind am Standort Siegsdorf beschult wird.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Für das Schuljahr 2024/2025 buchen wir **verbindlich**

☐ 2 Tage      ☐ 3 Tage      ☐ 4 Tage

An folgenden Tagen soll mein Kind **voraussichtlich** die OGS besuchen (die Tage können nach der Bekanntgabe des Stundenplanes geändert werden)

☐ Montag      ☐ Dienstag      ☐ Mittwoch      ☐ Donnerstag

**Bitte den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag bis 20.03.2024 bei der Schulleitung abgeben!**

Nach Eingang aller Anträge und Abschluss des Aufnahmeverfahrens erhalten Sie in Kopie den Antrag mit dem entsprechenden Bescheid.

Ihr Kind kann in die offene Ganztagschule der Mittelschule in Siegsdorf

☐ aufgenommen werden.      ☐ nicht aufgenommen werden.

Siegsdorf,

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

\_\_\_\_\_  
Stephan Preis, Schulleiter

### Anlage:

- SEPA-Mandat

**Zahlungsempfänger:**  
**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

Gemeinde Siegsdorf Rathauspl. 1 83313 Siegsdorf  
DE55ZZZ00000110723

/ WIRD SEPARAT MITGETEILT

FAD / Mandatsreferenz

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

### Hinweise:

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.

Meine/ Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/ wir von meinem/ unserem Kreditinstitut erhalten kann/ können.

Name des Kontoinhabers

Name und Vorname

Anschrift des Kontoinhabers

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Kreditinstitut

Name und Ort

Konto

IBAN (International Bank Account Number)

Unterschrift(en)

Ort

Datum

Unterschrift(en)

gilt für

☐

**alle** gemeindlichen Forderungen

gilt nur für

☐

Grundsteuer

☐

Gewerbesteuer

☐

Hundesteuer

☐☐

Wasser/Kanal

☐

Zweitwohnungsteuer

☐

Kurbeitrag

☐

Bitte zurücksenden an:

Gemeinde Siegsdorf  
Rathauspl. 1  
83313 Siegsdorf