

# Verbindliche Anmeldung zur Teilnahme am Ganztagsangebot für das Schuljahr 2022/2023



Die Anmeldung zur **Offenen Ganztagssschule (OGS)** verpflichtet zur Teilnahme an mindestens einem Tag pro Woche und zur Teilnahme am Mittagessen (kostenpflichtig). Das **OGSplus** Angebot (kostenpflichtig) ist nur in Verbindung mit der OGS buchbar.

Vor- und Nachname des Kindes:

Klasse:

Namen der Erziehungsberechtigten:

Bitte ankreuzen:

<b>Verlässliche Grundschule</b> (bis 13.00 Uhr)		
<b>Offene GanztagsSchule</b> (verpflichtend bis 15.30 Uhr)	Montag	Bitte wählen Sie für die OGS mindestens einem Wochentag aus:
	Dienstag	
	Mittwoch	
	Donnerstag	
<b>Kooperativer-Matthäushort-OGSplus</b> <b>Kostenpflichtige Betreuung bis 17 Uhr Separate Anmeldung muss erfolgen</b>	<b>Wochengruppe</b> (montags-freitags + 8 Wochen Ferienbetreuung)	Nur buchbar mit 4 Tagen OGS
Formulare sind auf den Homepages der Grundschulen erhältlich oder nehmen Sie Kontakt zu uns auf: E-Mail: <a href="mailto:hort@matthaeus-os.de">hort@matthaeus-os.de</a> Tel.: 0541-5807128	<b>Freitagsgruppe</b> (nur freitags + 8 Wochen Ferienbetreuung)	Nur buchbar mit 2 Tagen OGS

## Hinweise zum Mittagessen (ggf. ankreuzen)

Mein Kind soll vegetarisch essen.	
Mein Kind soll kein Schweinefleisch essen.	
Mein Kind hat Allergien und/oder Unverträglichkeiten. *	
* Folgende:	
Wir beziehen Leistungen gemäß Sozialgesetzbuch. (Wenn ja, bitte Kopie des Leistungsbescheides beifügen.)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Bitte die Anmeldung zurücksenden oder im Sekretariat der Heilig-Geist-Schule abgeben.

Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Name, Vorname des Kindes:

Klasse:

**SEPA-Lastschriftmandat**

Zahlungsempfänger:

Stadt Osnabrück  
Heilig Geist Schule  
Reinhold-Tilling-Weg 62  
49088 Osnabrück

**SEPA-Lastschriftenmandat für wiederkehrende Zahlungen**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) au f mein / unser Konto gezogenen 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.

**Angaben zum Zahlungspflichtigen/zur Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in):**

Name:

\_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer:

\_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort:

\_\_\_\_\_

BIC:

\_\_\_\_\_

IBAN:

\_\_\_\_\_

Kreditinstitut:

\_\_\_\_\_

Mandatsreferenz:

*Wird von der Schule ausgefüllt*

Ort, Datum

Unterschrift der Zahlungspflichtigen/ des Zahlungspflichtigen Kontoinhaber/in)