

Anmeldeformular für Schülerinnen und Schüler der VS Seefeld und MS Seefeld Kinderbetreuungsjahr 2025/26

Daten des Kindes:	
☐ männlich	☐ weiblich
☐ VS Seefeld	☐ MS Seefeld
Familienname: _____	Klasse: _____
Vorname: _____	Lehrer/In: _____
Geburtsdatum: _____	
Wohnort des Kindes: _____	Mein Kind macht im Hort seine Hausübung
Staatsbürgerschaft: _____	☐ JA ☐ NEIN
Muttersprache: _____	
Religion: _____	
SV-Nr.: _____	
Mitversichert bei: _____	

Daten zur Anmeldung:		
<u>Mein Kind besucht den Hort an folgenden Tagen:</u>		
Tag	bis 15:00 Uhr	bis 17:00 Uhr
Montag	☐	☐
Dienstag	☐	☐
Mittwoch	☐	☐
Donnerstag	☐	☐
Freitag	☐	☐

Die Betreuungskosten betragen inkl. 10% MwSt. monatlich:

- **Bis 15:00 Uhr**
 - 1 Nachmittag: 45 €/Monat
 - 2 Nachmittage: 60 €/Monat
 - 3 Nachmittage: 75 €/Monat
 - 4 Nachmittage: 95 €/Monat
 - 5 Nachmittage: 120 €/Monat
- **Bis 17:00 Uhr**
 - 1 Nachmittag: 60 €/Monat
 - 2 Nachmittage: 75 €/Monat
 - 3 Nachmittage: 95 €/Monat
 - 4 Nachmittage: 125 €/Monat
 - 5 Nachmittage: 160 €/Monat
- **Notfalltag (spontaner Zusatztag): 15 €/Tag**
- **Mittagessen: 6 €/Tag**
- **Materialkosten (pro Halbjahr): 15 €**
- **Geschwisterrabatt auf die Grundkosten (bezieht sich nicht auf Material- und Essenskosten):**
 - 1. Kind: Vollzahler
 - 2. Kind: 10 % Nachlass
 - 3. Kind: 15 % Nachlass
 - 4. Kind: 20 % Nachlass

Mein Kind hat ein **Geschwisterkind** (Name) _____:

in der Kinderkrippe Seefeld ☐ im Kindergarten Seefeld ☐ im Schülerhort Seefeld ☐

Daten der Erziehungsberechtigten:

Mutter

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

☐ erziehungsberechtigt

☐ alleinerziehend

☐ Rechnungsempfänger

Religion: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Vater

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

☐ erziehungsberechtigt

☐ alleinerziehend

☐ Rechnungsempfänger

Religion: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Wichtige Informationen/ Notfallblatt:

Abholinformation:

Mein Kind darf den Hort alleine verlassen:

☐ JA ... um _____ Uhr

☐ NEIN

Ich stimme zu, dass mein Kind von folgenden Personen abgeholt werden darf und trage dafür die Verantwortung:

Mein Kind darf von folgenden Personen **NICHT** abgeholt werden:

Notfallkontakte, Notfalltelefonnummern:

Allergien, Medikamente, Erkrankungen:

Kaliumjodidtabletten:

☐ JA

... ich erteile die Einwilligung (für die Dauer des Besuches der Einrichtung), meinem Kind nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodidtabletten zu verabreichen. Ich bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten und Gegenanzeigen bekannt sind und, dass ich bei Bekanntwerden von Unverträglichkeiten den Hort unverzüglich informieren werde.

☐ NEIN

...ich erteile die Einwilligung nicht!

Schwimmen:

Mein Kind kann:

☐ nicht schwimmen

☐ schwimmen

Anmerkung/Ergänzungen zum Formular:

Bei Fragen können Sie sich jederzeit an die Hortleitung wenden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, als Erziehungsberechtigte/r, dass ich die Schülerhortordnung und die Elterninformation gelesen und verstanden habe und damit einverstanden bin.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bescheinigung des Arbeitgebers über ein Arbeitsverhältnis

als Nachweis für den Betreuungsbedarf im Schülerhort Seefeld

Wir bescheinigen hiermit, dass Herr/Frau

ab/seit dem _____ mit einer wöchentlichen Stundenzahl von _____

bei uns an folgender Arbeitsstätte (Bezeichnung, Anschrift) beschäftigt ist:

Die Beschäftigung gilt für folgende Zeiten (bitte genaue Arbeitstage und Uhrzeiten angeben):

Montag	von:	bis:
Dienstag	von:	bis:
Mittwoch	von:	bis:
Donnerstag	von:	bis:
Freitag	von:	bis:

Das Arbeitsverhältnis ist

☐ befristet bis _____

☐ unbefristet.

Eine Arbeitsplatzänderungen ist unverzüglich der Gemeinde Seefeld zu melden.

Ort, Datum:

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers:

Bescheinigung des Arbeitgebers über ein Arbeitsverhältnis

als Nachweis für den Betreuungsbedarf im Schülerhort Seefeld

Wir bescheinigen hiermit, dass Herr/Frau

ab/seit dem _____ mit einer wöchentlichen Stundenzahl von _____

bei uns an folgender Arbeitsstätte (Bezeichnung, Anschrift) beschäftigt ist:

Die Beschäftigung gilt für folgende Zeiten (bitte genaue Arbeitstage und Uhrzeiten angeben):

Montag	von:	bis:
Dienstag	von:	bis:
Mittwoch	von:	bis:
Donnerstag	von:	bis:
Freitag	von:	bis:

Das Arbeitsverhältnis ist

☐ befristet bis _____

☐ unbefristet.

Eine Arbeitsplatzänderungen ist unverzüglich der Gemeinde Seefeld zu melden.

Ort, Datum:

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers:

An
die Gemeinde Seefeld
Klosterstraße 43
6100 Seefeld

EDV-Nr.: _____

Abbuchungsauftrag

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich habe das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angaben von Gründen, die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen.

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Betreuungseinrichtung:

Betreuungsbeginn:

Name der/des Zahlungspflichtigen:

Anschrift der/des Zahlungspflichtigen:

Bankbezeichnung:

IBAN:

BIC (bei ausländischen Banken):

Verwendungszweck:

E-Mail-Adresse:

Weiters bin ich damit einverstanden, dass die Übermittlung von Schriftstücken wie Abrechnungen, Bescheide, Briefe und Vorschreibungen durch die Gemeinde Seefeld auf elektronischem Weg erfolgt.

Ort, Datum:

Unterschrift:
