Vereinbarung Mittagsbetreuung

VS Gratkorn Schuljahr 2025/2026

Standort: Dr.-Karl-Renner-Straße 18, 8101 Gratkorn

Bitte alle Daten vollständig in **BLOCKBUCHSTABEN** *ausfüllen!*

Daten des Kindes:

Vorname: _____ *Familienname:* _____

Geb.Datum: _____ **Vers.-Nr.:** _____ *Schulklasse 2025/26:* _____

Datum der Anmeldung: ☐ *Ab Schulanfang* ☐ *Ab dem 2. Semester* ☐ *Unterjährig ab:* ----------

Daten Erziehungsberechtigte/r:

Vorname: _____ *Familienname:* _____

Straße: _____ *PLZ, Ort:* _____

E-Mail: _____

Telefon Erziehungsberechtigte/r: *Bitte gewährleisten Sie während der Betreuungszeit Ihre Erreichbarkeit!*

1.Name _____ *Tel. Nr.:* _____ *Uhrzeit:* _____

2.Name _____ *Tel. Nr.:* _____ *Uhrzeit:* _____

Bitte kreuzen Sie Ihren Bedarf an – von den Eltern auszufüllen! *Die Mittagsbetreuung findet im Zeitraum von 11:55 – 13:00 Uhr statt.*		***Wird von den Kinderfreunden ausgefüllt!*** Betreuungsbetrag	
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			
Einschreibegebühr bei Erstabschluss: € 26,00 Einmalige Einhebung mit dem 1.Betreuungsbeitrag			€ 40,00 (unabhängig von der Anzahl der Tage)

Gesamtsumme **/Monat** _____

Die Zahlung des Elternbeitrags erfolgt **mittels Einzugsermächtigung**. Den exakten Elternbeitrag erhalten Sie in Form dieser bestätigten Vereinbarung in den ersten beiden Schulwochen mitgeteilt. Bitte füllen Sie deshalb umgehend beiliegendes SEPA Formblatt aus und geben Sie dieses bitte mit dieser Vereinbarung bei Ihrer NachmittagsbetreuerIn ab oder senden Sie die Unterlagen **im Original** an:

Kinderfreunde Steiermark gemeinnützige Betreuungs-GmbH
Schlossergasse 4 /2
8010 Graz

Wichtige Informationen für die BetreuerInnen – bitte unbedingt ausfüllen!

Mein Kind

☐ wird aus der Mittagsbetreuung abgeholt von: .....

☐ darf aus der Mittagsbetreuung alleine nach Hause gehen (Uhrzeit: _____)

Mein Kind hat Allergien oder chronische Krankheiten, die zu berücksichtigen sind:

☐ Ja, welche ..... ☐ Nein

Mein Kind muss während der Betreuungszeit selbstständig Medikamente einnehmen:

☐ Ja, welche ..... ☐ Nein

(Hinweis: die BetreuerIn darf keine Medikamente verabreichen. Sie kann die Kinder lediglich an die Einnahme erinnern)

Zuständige/r SozialarbeiterIn der Familie:

Name: ..... Tel.: .....

Einwilligung in die Datennutzung

Ich (der/die Erziehungsberechtigte) stimme gegenüber der Kinderfreunde Steiermark gemeinnützige Betreuungs-GmbH, im Folgenden kurz: Verantwortlicher, ausdrücklich zu, dass die sensiblen personenbezogenen Daten meines/r Kindes/r (Name, Geburtsdatum, Adresse, gesundheitsbezogene Daten, Versicherungsnummer) beim Verantwortlichen zum Zweck der ordnungsgemäßen Durchführung der Nachmittagsbetreuung und zur Versorgung des Kindes vom Verantwortlichen verarbeitet und den verantwortlichen MitarbeiterInnen für diesen Zweck zur Verfügung gestellt werden dürfen.

☐ ja, ich stimme zu

Weiters stimme ich zu, dass im Zuge der Nachmittagsbetreuung Fotos von meinem Kind/meinen Kindern gemacht, gespeichert und gegebenenfalls im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Homepage, Newsletter etc.) bzw. für Werbezwecke des Verantwortlichen veröffentlicht werden.

☐ ja, ich stimme zu

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit durch Zusendung eines Schreibens an die Kinderfreunde Steiermark gemeinnützige Betreuungs-GmbH, Schlossergasse 4, A-8010 Graz, oder per E-Mail an office@kinderfreunde-steiermark.at widerrufen kann.

Die Datenschutzerklärung der Kinderfreunde Steiermark finden sie unter
www.kinderfreunde.at/datenschutzerklaerung

Seiteninhalt vorbehaltlich Satz-und Tippfehler

SEPA- Lastschrift - Mandat (Ermächtigung) für Ganztagsbetreuung

Mandatsreferenz

(BITTE nicht eintragen!!!! Wird durch die Kinderfreunde Steiermark vergeben)

Zahlungsempfänger

Kinderfreunde Steiermark gemeinnützige Betreuungs-GmbH
Schlossergasse 4
8010 Graz

Creditor ID: AT93ZZZ00000079354

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Kinderfreunde Steiermark gemeinnützige Betreuungs-GmbH Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / unser Kreditinstitut an, die von den Kinderfreunde Steiermark gemeinnützige Betreuungs-GmbH auf mein / unser Konto gezogenen SEPA – Lastschriften einzulösen.

Der Einzug der Betreuungskosten inkl. etwaiger Nebenkosten erfolgt zwischen 5. und 10. des Monats.

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.

Zahlungspflichtiger

Name .....

Anschrift .....

.....

IBAN .....

BIC .....

Zahlungsart ☒Wiederkehrender Einzug o Einmaleinzug

Ort, Datum :..... Unterschrift .....

Vertragsbestimmungen

1. Betreuung an Schultagen Mo-Fr. Beginn nach Unterrichtsende **11:55 Uhr** und bis spätestens **13:00 Uhr**. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihr Kind pünktlich abholen bzw. unterfertigen Sie in der Beilage optional, dass Ihr Kind allein nach Hause gehen darf.
2. Die Mittagsbetreuungsgruppe kann nur maximal 25 Kinder pro Tag aufnehmen. Es gibt keinen Anspruch auf Aufnahme, jedoch wird im Bedarfsfall eine Warteliste angelegt. Die Reihung erfolgt nach Eingang der Anmeldung.
3. Der Betreuungsbetrag wird 10 x jährlich (September - Juni) **zwischen 5. und 10. des Monats** von den Kinderfreunden eingezogen. Im September erfolgt der Einzug aus organisatorischen Gründen erst in der 2. Monatshälfte.
4. **Spesen, die aufgrund von Rückbuchern eines nicht gedeckten Kontos entstehen, müssen wir Ihnen leider in Rechnung stellen. Bitte beachten Sie, dass auch ein einzelner längerfristiger zurückliegender Außenstand zur Abmeldung führen kann.**
5. **Im Falle von Krankheit oder Abwesenheit können keine Beiträge bzw. Gutschriften rückerstattet werden!**
6. **Die Anmeldung ist bindend für das gesamte Schuljahr.** Ein **vorzeitiger Austritt ist zum Semesterende** möglich. Die schriftliche Abmeldung hat bis zum **31. Jänner** an das Büro der Kinderfreunde Steiermark gemeinnützige Betreuungs-GmbH, Schlossergasse 4/2, 8010 Graz zu erfolgen, ansonsten sind die Kosten bis zum Schulschluss weiterhin zu entrichten. Angebrochene Monate werden voll verrechnet. Bei jeder unterjährigen Anpassung der Betreuungszeiten (Bekanntgabe bis zum 25. des Vormonates), wird eine Aufwandsentschädigung von € 13,- im Folgemonat verrechnet. Eine Anpassung ist generell nur möglich, wenn diese organisatorisch und im gesetzlichen Rahmen (Gruppengröße) umsetzbar ist.
7. Dieser Vertrag gilt für das Schuljahr **2025/2026.** Für jedes weitere Schuljahr ist eine Neuanmeldung in der Betreuungseinrichtung erforderlich.
8. **Ihr Kind wird pünktlich um spätestens 13:00 Uhr entlassen oder von Ihnen abgeholt.** Außerhalb der vereinbarten Aufsicht besteht keine Verantwortung der Mittagsbetreuung. Gleiches gilt, wenn sich das Kind unerlaubt außerhalb des Areals der Schule aufhält. Bei unerlaubtem Verlassen der Betreuung sind die BetreuerInnen verpflichtet, die Eltern zu verständigen bzw. unverzüglich die Polizei einzuschalten.
9. **Beendigung der Betreuungsvereinbarung durch die Kinderfreunde:**

Die Kinderfreunde behalten sich das Recht vor, den Betreuungsvertrag in besonderen Fällen oder in besonders schwerwiegenden Fällen ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist beenden zu können. Diese sind:

- **a. Zahlungsrückstand (aufgrund gescheiterten Einzugs)**
- **b. Die Betreuung ist aufgrund besonderer Bedürfnisse des Kindes ist ohne zusätzliche Fördermöglichkeit (1:1 Betreuung) nicht gewährleistet.**
- **c. Eigen- oder Fremdgefährdung durch das zu betreuende Kind**
- **d. Fortgesetzte negative Beeinträchtigung des Betreuungsbetriebes durch das zu betreuende Kind und/oder dessen Angehörige**
- **e. wiederholtes verbotenes Verlassen des Areals der Mittagsbetreuung**
- **f. fortlaufendes zu spätes Abholen nach Ende der Öffnungszeit**

10. Der Ausschluss kann in Absprache mit der Schuldirektion fristlos erfolgen.

Ich habe die Vereinbarung gelesen und melde mein Kind für das Schuljahr verbindlich an.

Datum _____

_____ _____

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten *Unterschrift Kinderfreunde*

Seiteninhalt vorbehaltlich Satz-und Tippfehler