Albert-Schweitzer-Schule - Lerchenstraße 90 - 49088 Osnabrück info@albert-schweitzer-gs.de

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

Die Anmeldung zur Offenen Ganztagsschule (OGS) **verpflichtet zur Teilnahme** an **mindestens ein 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 in diesem Schuljahr: _____

Namen der Erziehungsberechtigten: _____

Bitte ankreuzen:

Wir benötigen keine Ganztagsbetreuung		☐	
VGS - Wir benötigen eine Randstundenbetreuung (Mo-Fr) bis 12:50 Uhr (kostenlos) - nur Klasse 1 und 2		☐	
OffeneGanztagsSchule (verpflichtend bis 15:30 Uhr)	Montag	☐	Bitte wählen Sie für die OGS **mindestens einen Wochentag** aus
	Dienstag	☐	
	Mittwoch	☐	
	Donnerstag	☐	
Kooperativer-Matthäushort - OGSplus **Kostenpflichtige Betreuung bis 17 Uhr** **Separate Anmeldung muss erfolgen** Formulare sind auf den Hompages der Grundschulen erhältlich oder nehmen Sie Kontakt zu uns auf: E-Mail: hort@matthaeus-os.de Tel.: 0541-5807128	**Wochengruppe** (montags-freitags + 8 Wochen Ferienbetreuung)		nur buchbar mit **4** Tagen OGS
	Freitagsgruppe (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 ☐	nein ☐

Bitte die Anmeldung zurücksenden oder im Sekretariat der Albert-Schweitzer-Schule abgeben

_____ _____

Datum Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Wichtige Informationen zur Mittagessenteilnahme für Eltern/Erziehungsberechtigte – Schuljahr 2021/2022

Mittagsverpflegung:
Montags bis Freitags in der Mensa/Cafeteria

Abo-Preise gültige ab 01.09.2021:

Wöchentliche Essentage	5 X	4 X	3 X	2 X	1 X
Regulärer ABO-Essenspreis	50 €	39,60 €	29,70 €	19,80 €	9,90 €

Wichtiger Hinweis zum Pauschalpreis:
Berücksichtigt beim Pauschalpreis sind Ferien, Feiertage, Klassenfahrten, Praktika und Krankheitstage; **der Pauschalpreis kann nur bei einem 11 Monate umfassenden Zahlungszeitraum (Sep. 21 bis Juli 22) angeboten werden.**

Bei Schülern und Schülerinnen die OGS Plus gebucht haben wird der entsprechende Essensbetrag für 12 Monate eingezogen werden, da das Kind gleichzeitig auch in der Ferienbetreuung am Essen teilnimmt.

D.h. ist ein Schüler z.B. an 2 Tagen im Ganztag und in der Freitagsgruppe/Ferienbetreuung angemeldet, wird der Essensbeitrag von 29,70 € berechnet und dann für 12 Monate eingezogen, jeweils ab dem 01.08. des neuen Schuljahres.

Bezahlung:
Erfolgt durch SEPA-Lastschriftverfahren (Abbuchung von Ihrem Konto) jeweils zum 03. eines jeden Monats ***im Voraus***. Dazu benötigen wir das beigefügte Blatt, mit dem Sie uns Ihre Ermächtigung zum Kontoeinzug geben, ausgefüllt zurück; evtl. **Änderungen Ihrer Bankverbindung teilen Sie uns bitte unverzüglich mit, weil sonst zusätzliche Gebühren durch die Nichteinlösung bei der Bank/Sparkasse für Sie entstehen.**

Kostenermäßigung:
Möglichkeit der Beantragung auf kostenlose Essensteilnahme für Leistungsberechtigte nach dem Bildungs- und Teilhabepaket (SGB II, ALG II, Wohngeld, Kinderzuschlag) = **Anträge gibt es in der Schule oder beim Jobcenter und Fachbereich Soziales und Gesundheit**

Mittagessenausweis (evtl. mit Lichtbild):
Erhält jede Schülerin/jeder Schüler, die/der an der Mittagsverpflegung teilnimmt **(Gültigkeit: 1 Schuljahr). Der Mittagessenausweis muss bei Abmeldung, Schulwechsel, Wegzug u.ä. während des laufenden Schuljahres im Sekretariat abgegeben werden, damit der automatische Geldeinzug von Ihrem Konto gestoppt wird.**

An die

Albert-Schweitzer-Schule
Lerchenstraße 90
49088 Osnabrück

Mein/e Sohn/Tochter _____ nimmt an der
(Name, Vorname Klasse

Mittagsverpflegung teil.

Essenstage:

☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag (nur mit OGSplus)

(Zutreffendes bitte ankreuzen!!!)

Auch sind wir/bin ich damit einverstanden, dass der Beitrag von unserem/meinem Konto abgebucht wird (Ausgehändigtes SEPA Lastschriftmandat ausgefüllt und unterschrieben bitte beifügen).

Osnabrück, den _____

_____ _____
(Datum) (Unterschrift)

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften für das warme Mittagessen in der Albert-Schweitzer-Schule

Zahlungsempfänger: Albert-Schweitzer-Schule

Name des Kindes:			**Klasse:**	
Name der Eltern:				
Straße:		**Wohnort:**		
Bitte ankreuzen: ich melde mein Kind zum warmen Mittagessen an für: **O Montag** **O Dienstag** **O Mittwoch** **O Donnerstag** **O Freitag** (nur mit OGSplus) **O mein Kind besucht OGSplus Wochengruppe oder Freitagsgruppe**				
5x Essen 50 €	**4x Essen 39,60€**	**3x Essen 29,70€**	**2x Essen 19,80**	**1x Essen 9,90€**

O Wir/ Ich beziehe/n Leistungen aus dem Bildung- und Teilhabe Paket und benötige/n einen Antrag zur Befreiung der Zuzahlung ab 09/2020 zum warmen Mittagessen.
Wenn keine Bewilligung der Befreiung vorliegt, wird der volle Betrag abgebucht.
Hiermit ermächtige(n) ich /wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen Teilnahme an der Mittagessensverpflegung meines/r Kindes in der Albert-Schweitzer-Schule.

z. Zt. In Höhe von €uro	**bei Fälligkeit**
erstmalig zum	**zu Lasten**
meines/unseres Kontos, IBAN:	
bei der	**Bank durch Lastschrift einzuziehen**

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.
Gebühren, die seitens des Kreditinstituts dadurch entstehen, dass oben beschriebene Lastschriften nicht eingezogen werden, habe ich/wir stets zu tragen!

Ort, Datum	**Unterschrift/en des der Zahlungspflichtigen**

Hinweis: Die personenbezogenen Daten werden von uns per EDV verwaltet und vertraulich behandelt.

OSNABRÜCK
DIE | FRIEDENSSTADT

SEPA-Lastschriftmandat/SEPA Direct Debit Mandate

Zahlungsempfänger: Stadt Osnabrück Albert-Schweitzer-Schule
Postfach 4460
49034 Osnabrück
Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE11 2655 0105 1552 0899 12

SEPA-Lastschriftenmandat für wiederkehrende Zahlungen/Recurrent payment

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) auf 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above). As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank.
A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

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

Name: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Telefon-Nummer für evtl. Rückfragen: _____

BIC: _____

IBAN **(22-stellig):** DE_____

Kreditinstitut: _____

Mandatsreferenz:
Nachname/Vorname/Geb.-Datum:
des Schülers/der Schülerin _____

Gebühren, die seitens des Kreditinstituts dadurch entstehen, dass die Lastschriften nicht einzulösen waren, weil das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, habe ich zu tragen.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des Zahlungspflichtigen/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)