

Vertrag zur Aufnahme Ihres Kindes in die Schulkindbetreuung (SKB) an der Kirbachschule in Hohenhaslach im Schuljahr 2025 / 2026

Datum _____

1. Angaben zum Kind

Name und Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Straße

Wohnort

Schule

zum Schuljahr 25 / 26 in Klasse _____

2. Die Sorgeberechtigten

1. Sorgeberechtigte Person:

2. Sorgeberechtigte Person:

Name Personensorgeberechtigte/r

Name Personensorgeberechtigte/r

Straße

Straße

Wohnort

Wohnort

E-Mail-Adresse

E-Mail-Adresse

Telefon / Mobil

Telefon / Mobil

Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit

Im Notfall oder bei Krankheit des Kindes sind folgende Personen jederzeit zu erreichen unter:

Name + Notfall-Telefon 1

Name + Notfall-Telefon 2

Name + Notfall-Telefon 3

Name + Notfall-Telefon 4

3. Berufstätigkeit der Eltern

_____ arbeitet Vollzeit Teilzeit mit ___ %
Name der Mutter

_____ arbeitet Vollzeit Teilzeit mit ___ %
Name des Vaters

- Die **Arbeitsbescheinigungen der Eltern** sind dem Vertrag beigelegt.
- Die **Arbeitsbescheinigungen der Eltern** liegen der Stadt Sachsenheim bereits vor.

4. Geschwister unter 18 Jahren

Vor- und Nachname geboren am _____
Vor- und Nachname geboren am

Vor- und Nachname geboren am _____
Vor- und Nachname geboren am

5. Anmeldung zur Schulkindbetreuung

Die Betreuung findet in der SKB der Kirbachs Schule montags bis freitags vor der Schule von 7.20 Uhr – 08.15 Uhr und nach der Schule von 12.30 Uhr bis 14.00 Uhr statt.

Wichtig für Sie zu beachten ist: Die Betreuung Ihres Kindes ist grundsätzlich nur an den Tagen möglich, an denen beide Sorgeberechtigten berufstätig sind (siehe Vertragsbedingungen).

Wir buchen verbindlich für unser Kind _____ (Vor- und Nachname) folgende Betreuungsstunden (bitte in Tabelle ankreuzen):

Betreuung	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
07.20 Uhr bis 08.15 Uhr					
12.30 Uhr bis 14.00 Uhr					

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

6. Informationen zur Gesundheit Ihres Kindes

Wir Eltern verpflichten uns, die Leitung der SKB über den Gesundheitszustand unseres Kindes zu informieren im Falle eine ansteckende oder chronische Krankheit, eine Allergie oder ein Förderbedarf festgestellt wurde.

Name des Kindes _____ Datum: _____

Mein Kind leidet an einer chronischen Krankheit nein
 Ja, an _____

Mein Kind nimmt regelmäßig Medikamente ein nein
 Ja, _____

Mein Kind leidet an einer Allergie nein
(gegen Lebensmittel, Pflanzen, Insektenstiche o.a.) Ja, an _____

Bei meinem Kind wurde ärztlich ein besonderer Förderbedarf festgestellt:

7. Einwilligung zur digitalen Datenspeicherung und -verarbeitung, Datenschutz

Zur Aufnahme Ihres Kindes in der SKB ist die Verarbeitung der von Ihnen vertraglich angegebenen personenbezogenen Daten notwendig. Personenbezogene Daten, die im Zusammenhang mit der Betreuung des Kindes erhoben und verwendet werden, unterliegen den Datenschutzbestimmungen. Der Träger gewährleistet die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben.

Wir, die Personensorgeberechtigten, erklären uns einverstanden, dass die Stadt Sachsenheim zum Zweck der Aufnahme und Betreuung unseres Kindes in der SKB personenbezogene Daten erhebt, digital verarbeitet und speichert.

8. Einverständnis zur Kooperation Schule und Schulkindbetreuung, sowie Entbindung von der Schweigepflicht:

Zur konstruktiven Zusammenarbeit zwischen Schule, Schulsozialarbeit und Schulkindbetreuung ist ein Informationsaustausch erforderlich.

Wir, die Personensorgeberechtigten, geben hiermit unser Einverständnis, dass die Leitung und Betreuungskräfte zum Informationsaustausch mit dem Kollegium und der Schulsozialarbeit der Grundschule berechtigt und in diesem Fall von der Schweigepflicht entbunden sind.

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

9. Vertragsbedingungen

Auf der Webseite der Stadt Sachsenheim finden Sie im Bereich Schulkindbetreuung die Vertragsbedingungen. Sollten Sie keinen Internetzugang haben können Sie gerne die Vertragsbedingungen bei der Leitung der SKB oder im Fachbereich Bildung, Betreuung und Bürgerengagement der Stadt Sachsenheim anfordern. Bitte lesen Sie diese Informationen aufmerksam durch.

Wir bestätigen, dass wir die Vertragsbedingungen gelesen und verstanden haben.

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

Achtung Punkt 10 wird Ihnen von der Stadt Sachsenheim ausgefüllt und zurückgesendet. Bitte füllen Sie als Sorgeberechtigte unbedingt noch Seite 5, Punkt 11 aus.

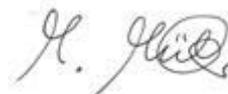
10. Bestätigung der Aufnahme Ihres Kindes in der Schulkindbetreuung

Die Stadt Sachsenheim bestätigt Ihnen hiermit die Aufnahme Ihres Kindes in die Schulkindbetreuung zum Schuljahr 2025 / 2026.

- Ihr Kind kann zu den von Ihnen im Vertrag gewünschten Betreuungszeiten aufgenommen werden.
- Ihr Kind kann nicht zu den von Ihnen gewünschten Betreuungszeiten aufgenommen werden, wir bieten Ihnen folgende Betreuung an:

Betreuung	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
07.20 Uhr bis 08.15 Uhr					
12.30 Uhr bis 14.00 Uhr					

Dieser Vertrag gilt nur für ein Schuljahr. Sollten Sie im Folgejahr wieder eine Betreuung wünschen, so bitten wir Sie bis spätestens 30. April 2026 einen Antrag auf Vertragsverlängerung einzureichen.



Datum

Unterschrift Stadt Sachsenheim

11. Einverständniserklärung zum Heimgehen

Datum: _____

Mein Kind _____, im Schuljahr 2025/2026 in Klasse _____

- wird von der SKB abgeholt am
- Montag um _____ Uhr
 - Dienstag um _____ Uhr
 - Mittwoch um _____ Uhr
 - Donnerstag um _____ Uhr
 - Freitag um _____ Uhr

(*) bitte tragen Sie unten die abholberechtigten Personen ein.

- darf alleine gehen am
- Montag um _____ Uhr
 - Dienstag um _____ Uhr
 - Mittwoch um _____ Uhr
 - Donnerstag um _____ Uhr
 - Freitag um _____ Uhr

(!) dies gilt auch für den Fall, dass Ihr Kind im Anschluss an die SKB eine AG besucht.

- darf alleine mit dem Bus fahren am
- Montag um _____ Uhr
 - Dienstag um _____ Uhr
 - Mittwoch um _____ Uhr
 - Donnerstag um _____ Uhr
 - Freitag um _____ Uhr

(*) Abholberechtigte Personen sind:

_____	_____
Name	Telefon
_____	_____
Name	Telefon
_____	_____
Name	Telefon
_____	_____
Name	Telefon

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

Unterschrift Personensorgeberechtigte/r