Grund- und Mittelschule Altomünster

In Zusammenarbeit mit der

SCHÜLERBETREUUNG ALTOMÜNSTER

Grund- und Mittelschule Altomünster
Faberweg 13-15
85250 Altomünster
Tel. 08254/99850
Fax. 08254/9985123
E-Mail: Sekretariat.Altomuenster@schule.bayern.de

Antrag für Aufnahme in eine Ganztagesklasse

Antrag zum Besuch der ____. Klasse mit gebundenem Ganztagesunterricht im Schuljahr 2026/27

Anmeldung und Erklärung

- ○ **Hiermit melde/n ich/ wir unser Kind verbindlich zum Besuch der Ganztagesklasse an der Grund- und Mittelschule Altomünster an.**

Unterschrift der Erziehungsberechtigten (Datum/Ort):

_____

Ich bin/ wir sind darüber informiert, dass

- ○ mein/unser Kind die Ganztagesklasse bis zum Schuljahresende 2026/27 verpflichtend besuchen muss.
- ○ mit der Anmeldung für die Ganztagesklasse kein Anspruch auf Aufnahme besteht.
- ○ Aufnahmeauswahlgespräche stattfinden können.
- ○ der Nachmittagsunterricht aus zwingenden Gründen (z. B. Lehrerfortbildung, Teamsitzungen, Konferenzen, etc.) auch ausfallen kann. Ich/Wir werde/n spätestens **eine Woche vorher** davon in Kenntnis gesetzt. Die Betreuung meines Kindes organisiere ich in diesen Fällen selbst.
- ○ Bei Fehlverhalten entsprechend §87 Bay EUG oder Ausbleiben der Zahlung des Essensgeldes kann mein Kind aus dem Ganztageszug in die Regelklasse versetzt werden.
- ○ Das Mittagessen (siehe Einzugsermächtigung) gehört zum pädagogischen Konzept der Schule und muss von den Erziehungsberechtigten bezahlt werden (Ausnahmen kann es nur in begründeten Fällen nach Absprache mit der Schulleitung geben).
- ○ **Bitte füllen Sie dazu beiliegende Einzugsermächtigung aus (siehe Anlage).**
- ○ Für die Klassenbildung ist eine ausreichende Anzahl an Schülern notwendig.

Die Felder sind für die Ganztagsschüler Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden.

Angaben zum Kind

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:		
Staatsangehörigkeit:	Religionszugehörigkeit*:	Besuchter Religionsunterricht (bitte ankreuzen) ☐ r.-k. ☐ evangelisch ☐ Ethik (bitte ankreuzen)
Geschwister (Anzahl und Alter)*:		

	Krankenversichert bei:	
	Besuchter Kindergarten:	Dauer: ☐ 2 Jahre ☐ 3 Jahre ☐ länger als 3 Jahre
	Schulweg: ☐ zu Fuß ☐ mit dem Bus ☐ anders, nämlich _____	
Erziehungsberechtigte	Name: Vorname:	Name: Vorname:
	Adresse: (falls von Schüleradresse abweichend)	Arbeitgeber:
	Telefon: Handy:	Telefon: (dienstlich)
	E-Mail:	
Interessen, Lern- u. Leistungsstand des Kindes	Stärken und besondere Interessen:	
	Schwächen/Probleme in folgenden Bereichen: (*z. B. auch Konzentrationsschwierigkeiten, Sprachprobleme)*	
Begründung	Mein Kind soll in die Ganztagsklasse, weil … (bitte ankreuzen oder ausfüllen) ☐ wir beide berufstätig sind. ☐ ich alleinerziehend und berufstätig bin. ☐ sonstiger Grund: ……	
Zusatzangebot	*Über die verschiedenen Arbeitsgemeinschaften informieren wir Sie am Schuljahresbeginn.*	
wichtige Hinweise	Was sollten die Lehrkräfte/die Betreuerinnen noch über Ihr Kind wissen (Krankheiten, Medikamente, Allergien, Diäten, Besonderheiten beim Mittagessen): …… ……	

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten

SEPA-Basis-Lastschrift Mittagessen Ganztagesklassen

Monatspauschale derzeit 62,87€ - Abbuchung erfolgt 11x im Jahr

(Änderungen vorbehalten)

Zahlungsempfänger:

Name: Förderverein der Schülerbetreuung Altomünster e.V.
IBAN: DE86 7005 1540 0760 2316 13

BIC: BYLADEM1DAH

Adresse: Faberweg 13-15; 85250 Altomünster

Gläubiger ID-Nr.:

Mandatsreferenz-Nr.: _____(Name des Kindes)

Einzugsermächtigung:

_____

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Basis-Lastschrift bei Fälligkeit einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Basis-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.

Sollte ein Einzug aufgrund mangelnder Deckung des Kontos oder falschen Angaben meinerseits / unsererseits misslingen, trage ich / tragen wir die daraus entstehenden Kosten.

Zahlungsart:

_____

☒ Wiederkehrende Zahlung
bis zum Austritt aus einer Ganztagesklasse an der Grund- und Mittelschule Altomünster

Zahlungspflichtiger:

_____

Name: _____

Adresse: _____

IBAN (max. 35 Stellen): _____

BIC (8 oder 11 Stellen): _____

Kreditinstitut: _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen