

Betreuungsvereinbarung

Schulische Nachmittagsbetreuung (GTS) 2024/25

VS St. Stefan ob Stainz | 8511 St. Stefan ob Stainz 160a



SCHULISCHE
NACH
MITTAGS
BETREUUNG

Die DL-SPS GmbH/Sozialpunkt Süd schließt mit dem/der Erziehungsberechtigten des zu betreuenden Kindes eine Betreuungsvereinbarung. Mit der Unterschrift der Erziehungsberechtigten erklären diese, dass sie die gesetzliche Obsorge über das Kind haben und mit der Vereinbarung einverstanden sind.

Die Anmeldung ist verbindlich und wird für ein Schuljahr abgeschlossen.

ÖFFNUNGS- UND BETREUUNGSZEITEN

Die Betreuung findet im Schuljahr 2024/25 von Mo-Fr von 11:50 bis 13:00, 16:00 oder 17:00 in den Räumlichkeiten der GTS-Nachmittagsbetreuung der Volksschule St. Stefan o.S. statt. Die Öffnungszeiten werden an die Schule bzw. den Stundenplan angepasst.

AUFSICHTSPFLICHT

Die Aufsichtspflicht des Betreuungspersonals beginnt mit dem Eintreffen des Kindes in den Räumlichkeiten der Freizeitbetreuung und endet mit Entlassen des Kindes. Die Aufsichtspflicht trifft das Betreuungspersonal auch außerhalb der für die Freizeitbetreuung gewidmeten Räume, sofern die Kinder in der Obhut unseres Personals stehen (z.B. Ausflug).

BRINGEN UND HOLEN DES KINDES

Bei der Abholung ist dafür zu sorgen, dass ihr Kind von einer abholberechtigten Person abgeholt wird (Formular: Abholberechtigte Personen). Wenn es neue berechtigte Personen gibt, die das Kind abholen, muss das dem Betreuungspersonal umgehend schriftlich mitgeteilt werden. Die Öffnungs- und Abholzeiten sind einzuhalten. Eine Betreuung über die Öffnungszeiten hinaus ist nicht möglich.

ÄNDERUNGEN VON PERSÖNLICHEN DATEN

Änderungen des Wohnortes, der Telefonnummer usw. müssen ebenfalls umgehend schriftlich bekannt gegeben werden (gts@sozialpunkt-sued.at).

ERKRANKUNG/FERNBLEIBEN

Erkrankt Ihr Kind oder kann es aus anderen Gründen die Nachmittagsbetreuung nicht besuchen, teilen Sie dies umgehend der Leitung mit. Wenn ihr Kind krank ist, darf es Kind erst wieder die Betreuung besuchen, wenn es vollständig gesund ist. Bei ansteckenden Krankheiten (z.B. Scharlach, Grippe, oder Lausbefall...) muss ein ärztliches Attest vorgelegt werden, bevor ihr Kind die Betreuung wieder besuchen darf (sanitätsbehördliche Vorschriften). Wenn ihr Kind wegen Krankheit oder anderen Gründen fernbleibt, werden die Beträge für diese Zeit nicht rückerstattet.

MEDIKAMENTE

Dem Betreuungspersonal ist es nicht erlaubt, Ihrem Kind jegliche Medikamente zu geben. Eine Ausnahme stellen im Notfall lebenserhaltende Medikamente, wie zum Beispiel Asthmasprays und Allergiemedikamente, dar. Dafür muss eine ärztliche Bestätigung und Unterweisung schriftlich aufliegen.

BEITRÄGE UND ABBUCHUNGEN

Die Elternbeiträge und die Essenspauschale werden monatlich bis zum 15. ausschließlich mittels Bankeinzug von ihrem Konto eingezogen. Der Einzug erfolgt 10x/Jahr.

Bankspesen, die durch ungerechtfertigten Kundeneinspruch bzw. Rückbuchungen durch die Bank verursacht werden, müssen Sie selbst bezahlen. Um solche zusätzlichen Kosten zu vermeiden, bitten wir Sie, bei Unklarheiten der Beitragsberechnung oder der Abbuchung das Office des Sozialpunkt Süd zu kontaktieren (03462 / 21 172, office@sozialpunkt-sued.at). Die Rechnung wird automatisiert spätestens bis zum Ende des Monats an ihr E-Mail-Adresse versendet.

Informationen zu den Kosten erhalten Sie am Anmeldebogen, der als Teil der Betreuungsvereinbarung gilt.

KÜNDIGUNG UND KÜNDIGUNGSFRIST

Das Unterzeichnen der Betreuungsvereinbarung ist verbindlich und die Anmeldung gilt für das gesamte Schuljahr. Während des Unterrichtsjahres kann eine Abmeldung nur bis spätestens drei Wochen vor dem Ende des ersten Semesters sowie bei Vorliegen besonders berücksichtigungswürdiger Gründe (z.B.: Schulwechsel, Krankheit und ähnliche unvorhergesehene Ereignisse) erfolgen (§ 12 a Abs. 2 Schulunterrichtsgesetz). Der Sozialpunkt Süd behält sich das Recht vor, den Betreuungsvertrag in besonders schwerwiegenden Fällen mit sofortiger Wirkung beenden zu können. Ein solcher Fall liegt vor, wenn:

- Der Ausschluss eines Kindes für die Gewährleistung eines sicheren Betreuungsprozesses unumgänglich ist, wobei dies vom pädagogischen Personal vom Sozialpunkt Süd zu beurteilen ist.
- Die Betreuung aufgrund besonderer Bedürfnisse des Kindes in der Freizeitbetreuung ohne zusätzliche Fördermöglichkeit nicht gewährleistet werden kann.

Für die verbindliche Anmeldung ist das vollständige Ausfüllen des Formulars „Anmeldung zur schulischen Nachmittagsbetreuung“ und des SEPA-Lastschrift-Mandats erforderlich.

Die Änderung von Inhalten des Vertrags durch Gesetzesänderungen ist möglich.

ANSPRECHPERSON

Standortleitung der GTS St.Stefan:

Gabriele Krenn, 0676 58 77 523

Für Sozialpunkt Süd:

Julia Streit-Putzi, MA, 0664 2354 615 j.streit-putzi@sozialpunkt-sued.at

Anmeldung zur schulischen Nachmittagsbetreuung 2024/25

VS St. Stefan ob Stainz | 8511 St. Stefan ob Stainz 160a

ANGABEN ZUM KIND										
Vorname		Nachname			M	W	SV-Nr.			
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
							T	T	M	M
PLZ	Ort	Straße, Hausnummer								
Erstsprache des Kindes										
.. Deutsch					.. andere Sprache: _____					

ANGABEN ZUM/R VORMERKENDEN ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN									
<input type="checkbox"/> Mutter		<input type="checkbox"/> Vater		<input type="checkbox"/> Sonstiges Beziehungsverhältnis:					
Anrede	Titel	Vorname		Nachname			SV-Nr.		
<input type="checkbox"/> Herr									
<input type="checkbox"/> Frau							T	T	M
PLZ	Ort	Straße, Hausnummer							
Telefonnummer (privat):									
E-Mail (verpflichtende Angabe , bitte gut lesbar schreiben!)									
An diese Mailadresse werden anfallende Informationen versendet.									
Mailadresse vom Zahlungspflichtigen für Zusendung der Rechnung.									

BEDARF: Die Betreuung wird an folgenden Wochentagen benötigt: (bitte ankreuzen)			
Montag	<input type="checkbox"/> Mittagsbetreuung*	<input type="checkbox"/> bis 16:00	<input type="checkbox"/> bis 17:00
Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittagsbetreuung*	<input type="checkbox"/> bis 16:00	<input type="checkbox"/> bis 17:00
Mittwoch	<input type="checkbox"/> Mittagsbetreuung*	<input type="checkbox"/> bis 16:00	<input type="checkbox"/> bis 17:00
Donnerstag	<input type="checkbox"/> Mittagsbetreuung*	<input type="checkbox"/> bis 16:00	<input type="checkbox"/> bis 17:00
Freitag	<input type="checkbox"/> Mittagsbetreuung*	<input type="checkbox"/> bis 16:00	<input type="checkbox"/> bis 17:00
*Mittagsbetreuung = ausschließlich Betreuung bis 13:00h, NUR für VS Schüler:innen möglich			

KOSTEN: Alle Beiträge sind 10x jährlich vorzuschreiben.				
	Verpflegung	Betreuungsbeitrag bis 13:00	Betreuungsbeitrag bis 16:00	Betreuungsbeitrag bis 17:00
1 Tag/Woche	14,40 €	11,00 €	39,00 €	52,00 €
2 Tage/Woche	28,80 €	22,00 €	78,00 €	104,00 €
3 Tage/Woche	43,20 €	33,00 €	117,00 €	156,00 €
4 Tage/Woche	57,60 €	44,00 €	156,00 €	209,00 €
5 Tage/Woche	72,00 €	55,00 €	195,00 €	261,00 €

Datum _____

Unterschrift _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben auf dieser Anmeldung der Wahrheit entsprechen, vollständig sind und ich die Betreuungsvereinbarung gelesen, verstanden und akzeptiert habe. Jede Anmeldung gilt für das gesamte Schuljahr.

SEPA LASTSCHRIFT-Mandat
SEPA Direct Debit Mandate

An/To
DL-SPS GmbH/Sozialpunkt Süd
 Viktor-Geramb-Weg 2
 8530 Deutschlandsberg

 Creditor-ID: AT

Mandatsreferenz / Mandate reference:

Zahlungspflichtiger / Debitor			
Vorname / first name		Nachname / last name	
PLZ / Postal code	Ort / City	Straße, Nr. / Street name and number	
IBAN:			Bank / Credit company
A	T		

Kundenwunsch / Customer's Request
<input type="checkbox"/> Neu/New
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen DL-SPS GmbH Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von DL-SPS GmbH gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. 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.</p> <p>By signing this mandate, you authorize DL-SPS GmbH to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from DL-SPS GmbH. 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.</p>

Datum

Unterschrift

Abholberechtigte Personen (GTS) 2024/25

VS St.Stefan ob Stainz/ 8511 St.Stefan ob Stainz 160a

ANGABEN ZUM KIND					
Vorname		Nachname		M	W
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLZ	Ort	Straße, Hausnummer			

ANGABEN ZUR abholberechtigten Person					
<input type="checkbox"/> Mutter		<input type="checkbox"/> Vater		<input type="checkbox"/> Sonstiges Beziehungsverhältnis:	
Anrede	Titel	Vorname	Nachname	M	W
<input type="checkbox"/> Herr				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Frau					
PLZ	Ort	Straße, Hausnummer			
Telefonnummer (privat):					

ANGABEN ZUR abholberechtigten Person					
<input type="checkbox"/> Mutter		<input type="checkbox"/> Vater		<input type="checkbox"/> Sonstiges Beziehungsverhältnis:	
Anrede	Titel	Vorname	Nachname	M	W
<input type="checkbox"/> Herr				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Frau					
PLZ	Ort	Straße, Hausnummer			
Telefonnummer (privat):					

ANGABEN ZUR abholberechtigten Person					
<input type="checkbox"/> Mutter		<input type="checkbox"/> Vater		<input type="checkbox"/> Sonstiges Beziehungsverhältnis:	
Anrede	Titel	Vorname	Nachname	M	W
<input type="checkbox"/> Herr				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Frau					
PLZ	Ort	Straße, Hausnummer			
Telefonnummer (privat):					

Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen und ich zur Kenntnis nehme, dass mein Kind nur von einer auf diesem Blatt angegebenen abholberechtigten Personen von der GTS abgeholt werden darf. Es ist jederzeit möglich weitere Personen zu nennen, oder als Erziehungsberechtigte/ die Abholberechtigung schriftlich zu widerrufen.

Einverständniserklärung zur Foto-/Videonutzung

Zwischen

DL-SPS GmbH/Sozialpunkt Süd
Viktor-Geramb-Weg 2
8530 Deutschlandsberg

und

Vor- und Zuname (Kind): _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ich, _____, bin einverstanden, dass Bild- und Videodaten von Ausflügen und anderen Aktivitäten im Rahmen der GTS zum Zwecke von Dokumentation und interner Berichterstellung verarbeitet werden.

Ja

Nein

Ich stimme zu, dass die im Rahmen der GTS gefertigten Fotos/Videos zu PR-Zwecken auf der Homepage der Schule bzw. des Sozialpunkt Süd oder in Zeitungsberichten veröffentlicht werden dürfen.

Ja

Nein

Ort und Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Sie haben jederzeit das Recht diese Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen.

Weiter steht Ihnen das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung der personenbezogenen Daten zu. Wenden Sie sich dazu an die Sozialpunkt Süd GmbH.

Weitere Informationen zum Datenschutz unter www.sozialpunkt-sued.at

Information zu Medikamenten/Allergien

Vor- und Zuname (Kind): _____

Geburtsdatum: _____

ist Vegetarier:in: JA NEIN

darf _____ **nicht** essen.

(Lebensmittelallergien, Unverträglichkeiten, Essgewohnheiten usw.)

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

Ja, welche _____

Nein

Mein Kind muss während der Betreuungszeit **Medikamente** nehmen:

Ja, ärztliche Bestätigung und Unterweisung muss schriftlich aufliegen!

Nein

Ort und Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten