**A n m e l d u n g**

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!!!)

**Hiermit melde ich meine/n Tochter/Sohn für den Städt. Feriengarten „Sommersprossen“, Hindenburgstr. 38, 94469 Deggendorf, Tel. 0152/22693969 verbindlich an.**

Name des Kindes: Vorname: Alter:

Anschrift:

Mein/Unser Kind besucht während des Jahres folgende Einrichtung (Kindergarten/Schule):

**Mutter:**

Name:

Vorname: geb. am:

Anschrift:

Tel.:

berufstätig: ☐ ja/ ☐ nein Tel. Arbeitsstelle:

Anschrift Arbeitsstelle:

**Vater:**

Name:

Vorname: geb. am: \_

Anschrift:

Tel.:

berufstätig: ☐ ja / ☐ nein Tel. Arbeitsstelle:

Anschrift Arbeitsstelle:

**Öffnungszeit:** montags bis freitags jeweils 07.00 - 17.00 Uhr (ohne Feiertage)

**Entgelt: 1,50 € je Buchungsstunde bei einer Mindestbuchungszeit von 4 Stunden täglich** Die Buchung ist nur wochenweise möglich. Der Beitrag ist vor Beginn des Feriengartens einzuzahlen.

Für die Teilnahme am Mittagessen fallen zusätzlich 3,40 € täglich an.

Das volle Benutzungsentgelt für den  **beantragten und reservierten** Besuchszeitraum ist auch zu entrichten, wenn nicht die gesamte Dauer dieses Zeitraums in Anspruch genommen wird oder ein Kind gem. § 10 der Benutzungs- und Aufnahmeordnung für den städt. Feriengarten vorzeitig entlassen wird. Die Geschwisterermäßigung beträgt je Kind und je Woche 3,00 €

Die Anmeldung erfolgt  **verbindlich** für folgenden Besuchszeitraum:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **31.07 - 04.08.2023**  **07. - 11.08.2023**  **14. - 18. 08. 2023**  **21. - 25. 08.2023** |  | ☐  ☐  ☐  ☐ |  | | |
| **tägl. Buchungszeit:** | ☐ | **04 Std.** | **von** | **Uhr** | **bis Uhr** |
|  | ☐ | **05 Std.** | **von** | **Uhr** | **bis Uhr** |
|  | ☐ | **06 Std.** | **von** | **Uhr** | **bis Uhr** |
|  | ☐ | **07 Std.** | **von** | **Uhr** | **bis Uhr** |
|  | ☐ | **08 Std.** | **von** | **Uhr** | **bis Uhr** |
|  | ☐ | **09 Std.** | **von** | **Uhr** | **bis Uhr** |
|  | ☐ | **10 Std.** | **von** | **Uhr** | **bis Uhr** |
| **Mittagsverpflegung**  (3,40 € täglich) | **ja** | ☐ |  | **nein** | ☐ |

**Mein Kind leidet unter Allergien ja** ☐ **nein** ☐ **Wenn ja, welche?**

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass im Feriengarten keine Medikamente verabreicht werden. ja  nein 

Wir willigen ein, dass Foto- bzw. Filmaufnahmen, auf denen unser Kind zu sehen ist, für Chroniken, Zeitungsartikel und Präsentationen verwendet werden dürfen.

ja  nein 

Ich/Wir wurden darüber informiert, dass die personenbezogenen Daten ausschließlich für den dienstli- chen Gebrauch genutzt werden und eine Verwendung entsprechend den Bestimmungen der DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) stattfindet.

ja  nein 

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e Tochter/Sohn den Nachhauseweg alleine antritt. ja  nein 

Die Benutzungs- und Aufnahmeordnung für den städtischen Feriengarten (https://www.deggen- dorf.de/media/deggendorf-ortsrecht-satzung-benutzung-aufnahmeordnung-feriengarten.pdf) habe ich zur Kenntnis genommen.

ja  nein 

Mein/e Tochter/Sohn darf von folgenden Personen abgeholt werden

(bitte Name, Adresse und Telefon-Nr. angeben)

Deggendorf,

(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)