# VERBINDLICHE ANMELDUNG FÜR DAS SCHULJAHR 2026/2027
## ZU DEN ANGEBOTEN DER „OFFENEN GANZTAGSSCHULE“
## THEODOR-STORM-DÖRFERGEMEINSCHAFTSSCHULE
## ***STANDORT TODENBÜTTEL***

_____
Vor- und Zuname des Kindes

_____/_____
Geburtsdatum Kind/ Klasse n. d. Ferien

_____
Vor- und Zuname der/des Sorgeberechtigten

_____
Telefon/Handy

_____
Straße, Nr., PLZ, Wohnort

**Betreuungswunsch ab Monat :**_____
( bitte ankreuzen)

☐ **Modul 1 - Frühbetreuung 7:00 Uhr bis 8:00 Uhr**
- ○ **bis zu 3 Tagen (15,90€/Monat)**
- ○ **bis zu 5 Tagen (26,50€/Monat)**

☐ **Modul 2 - Mensa/Lernzeit/Betreuung 12.40 Uhr bis 13.40 Uhr**
- ○ **bis zu 3 Tagen (15,90€/Monat)**
- ○ **bis zu 5 Tagen (26,50€/Monat)**

☐ **Modul 3 – Betreuung 13.40 bis 14.40 Uhr**
- ○ **bis zu 3 Tagen (15,90€/Monat)**
- ○ **bis zu 5 Tagen (26,50€/Monat)**

☐ **Modul 4 – Betreuung 14.40 bis 15.40 Uhr**
- ○ **bis zu 3 Tagen (15,90€/Monat)**
- ○ **bis zu 5 Tagen (26,50€/Monat)**

**Für die Module F1 und F2 Ferienbetreuung füllen Sie bitte das Formular Ferienbetreuung aus.**

**Antrag auf Gewährung einer Geschwisterermäßigung**

☐ Für das o. g. Kind liegt ein Antrag auf Gewährung einer Geschwisterermäßigung vor.

**Ermäßigungen**

☐ Ein Ermäßigungsantrag (Ermäßigung des Elternbeitrages) wurde gestellt.

**Ich habe die verbindlichen Anmeldebedingungen/Betreuungsregeln der OGS auf der Homepage ts-dgs.de gelesen.**
**Die aktuelle Benutzungs- und Gebührensatzung des Schulverbandes Hanerau-Hademarschen und Todenbüttel für den Offenen Ganztag ist auf der Schulhomepage www.ts-dgs.de sowie auf der Homepage des Amtes Mittelholstein www.amt-mittelholstein.de veröffentlicht.**

_____
Datum, Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Auf der Rückseite dieser Anmeldung geben Sie uns Ihr Einverständnis zum Lastschriftverfahren.

Genehmigung zur Durchführung des Lastschriftverfahrens für die Betreuung in der Offenen Ganztagsschule der Theodor-Storm-Dörfergemeinschaftsschule des Schulverbandes Hanerau-Hademarschen und Todenbüttel

## SEPA-Lastschrift-Mandat

Hiermit ermächtige/n ich/wir das Amt Mittelholstein
(Gläubiger-ID:DE42ZZZ00000074679)
die Gebühr des Offenen Ganztages von meinem/unserem Konto bei der

_____
Name der Bank/Sparkasse

_____
IBAN

mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Amtskasse Mittelholstein auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift 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. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs die grundsätzliche 14-tägige Frist für die Information vor Einzug (Pre-Notification) einer fälligen Zahlung bis auf 2 Tage vor Belastung verkürzt werden kann.

_____
Name Kontoinhaber/in

_____
Straße, Nr., PLZ, Wohnort

_____
Datum, Unterschrift der/des Kontoinhaber/in