



Anmeldung Halbttag IGS

Schulkindbetreuung an der Innenstadt GS

für die ergänzenden Betreuungsangebote an GS in Wahlform

- ☐ Aufnahmeantrag (neu): _____
☐ Änderung möglich zum: ☐ 01.09. ☐ 01.02.

PSD Paritätische Sozialdienste
Heilbronn gGmbH

Happelstraße 17a
74074 Heilbronn
Geschäftsstelle: 07131 – 64 939 20
Betreuung: 07131 – ?
E-Mail: schulkindbetreuung@igs-hn.de

www.paritaet-hn.de

Name, Vorname Kind:	Klasse:
---------------------	---------

Name, Vorname Erziehungsberechtigte:	
Adresse:	
Telefon:	E-Mail:

2025/2026
Eingang:

Betreuungsplan								
Modul	Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Band Mehrfachtage*	Flex1 Einzeltag**
Randzeit	Ankommen 07:45							
Früh (F)	07:00 - 08:00	☐	☐	☐	☐	☐	26,00	5,00
Mittag (L)	12:30 - 13:30	☐	☐	☐	☐	☐	26,00	5,00
Nachmittag (N1)	13:30 - 16:00	Ganztagsschule nicht buchbar für HTS		☐		☐	1 Tag buchbar	5,00
Nachmittag (N2)	16:00 - 17:30			☐		☐	1 Tag buchbar	5,00
Abend (A)								
Randzeit								
							€	€
Monatliche Kosten:								€

* **Bandpreis** wird berechnet, bei Anmeldung an 2-5 Betreuungstagen. Die angegebenen Kosten sind monatliche Kosten.
 ** **Flex1** wird berechnet bei Anmeldung an nur 1 Tag in der Woche. Die angegebenen Kosten sind monatliche Kosten.
 *** **Flex2** (10er Karte) buchbar einmal pro Schuljahr. Teilnahme nur mit Voranmeldung. Kosten einmalig 60,00€.

Teilnahme im Mittagsband

- ☐ Unser Kind bringt ein Vesper von zuhause mit
☐ Unser Kind ist zum warmen Essen angemeldet

!!! Die Anmeldung zum warmen Essen muss unabhängig, online über den Anbieter erfolgen !!!

Unterschrift	Aufnahmebestätigung
Datum / Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)	Träger

Einverständnis- und Pflichterklärung

Heimweg

Mein/unser Kind darf nach der Betreuungszeit alleine nach Hause laufen (jede Änderung ist der Betreuung schriftlich mitzuteilen):

☐ ja ☐ nein



Schweigepflicht

Die Mitarbeiter*innen des Ganztagesangebotes führen mit Lehrer*innen und den pädagogischen Fachkräften Gespräche zum Wohle Ihres Kindes. Damit diese Zusammenarbeit stattfinden kann, benötigen wir Ihre Zustimmung.

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass diese Zusammenarbeit zwischen der Schulkindbetreuung und der Schule stattfindet und befreie(n) die beteiligten Mitarbeiter*innen von ihrer Schweigepflicht:

☐ ja ☐ nein

Geschwisterkind Rabatt

2. Kind 3. Kind ab 4. Kind
☐ 25% ☐ 50% ☐ 100%

Entgeltbefreiung

Antrag auf Kostenbefreiung über BuT (Bildung und Teilhabe)

Leistungsnachweis nach:

☐ SGB II ☐ WoG ☐ AsylG ☐ KiZ gültig bis: _____

Für die Kostenbefreiung legen Sie bitte mit Ihrem Anmeldeformular, den jeweils aktuell gültigen Leistungsnachweis vor. Ergeht ein Änderungs- oder Aufhebungsbescheid, ist dies dem Träger unverzüglich mitzuteilen. Entstandene Kosten durch aufgehobene Leistungsnachweise werden kostenpflichtig in Rechnung gestellt.

Ein Antrag auf Härtefallregelung kann nur gestellt werden wenn Leistungen zur Kostenbefreiung über BuT nicht bewilligt wurden.

Vertragliche Informationen

Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre(n) ich/wir, dass ich/wir die AGBs (Benutzungsbedingungen) der Stadt Heilbronn anerkenne(n). Ich/wir die Hausordnung der Silcherschule anerkenne/n. Ich/wir Änderungen zum Wohnsitz, Telefonnummer und Bankverbindung unverzüglich mitteile(n). Inhalte des Kooperationsvertrages zur Schulkindbetreuung, Fristen zur Kündigung, Änderungen, Vertragslaufzeiten etc. entnehmen Sie bitte den aktuellen Benutzungsbedingungen, diese können Sie jederzeit auf unserer Homepage einsehen unter: www.paritaet-hn.de/Schulkindbetreuung.

SEPA - Lastschriftmandat

Für die PSD – Paritätische Sozialdienste Heilbronn gGmbH, Happelstraße 17a in 74074 Heilbronn.

Gläubiger ID: DE83ZZZ00000631982

Mandatsreferenz: _____

Hiermit ermächtige ich die PSD - Paritätische Sozialdienste Heilbronn gGmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der PSD - Paritätische Sozialdienste Heilbronn gGmbH auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Im Falle einer Rückbelastung werden Rücklastgebühren mangels Kontodeckung und/oder unberechtigten Widerruf in Rechnung gestellt.

Name und Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN

DE _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _

BIC

_ _ _ _ _ / _ _ _

Ort und Datum

Heilbronn, den

Unterschrift des Kontoinhabers