



Bitte füllen Sie den Betreuungsvertrag vollständig  
und in Druckschrift aus!

- Betreuungsvertrag  
 Änderungsvertrag

Betreuten-Nr.: .....

## Betreuungsvertrag

zwischen dem

**Deutschen Kinderschutzbund Kreisverband Ostholstein e.V.**  
**Vor dem Kremper Tor 19 | 23730 Neustadt i.H.**

und

### Personensorgeberechtigte/r:

.....  
(Name, Vorname)

Personensorgeberechtigung:

Allein

Gemeinsam

weitere/ r

Personensorgeberechtigte/r:

.....  
(Name, Vorname)

### Hiermit melde ich mein Kind / melden wir unser Kind

Name, Vorname:

.....  
(Name, Vorname)

Geschlecht:

männlich

weiblich

divers

Geburtsdatum:

.....

Straße, Hausnummer:

.....

Postleitzahl, Wohnort:

.....

Telefonnummer(n):

(für Rückfragen und Notfälle)

.....

E-Mail-Adresse:

.....

**ab dem 01. .... für die Betreuung an der Offenen Ganztagschule an.**

## Betreuung

Bitte ankreuzen	Umfang	Dauer	Elternbeitrag pro Monat
<input type="radio"/>	5-Tage Betreuung	12:00 - 16:00 Uhr	50,00 €
<input type="radio"/>	4-Tage Betreuung	12:00 - 16:00 Uhr	40,00 €
<input type="radio"/>	3-Tage Betreuung	12:00 - 16:00 Uhr	30,00 €
<input type="radio"/>	Frühbetreuung	07:15 - 08:00 Uhr	26,00 €
<input type="radio"/>	Frühbetreuung bei gleichzeitigem Besuch der Offenen Ganztagsschule oder des Hortes Grömitz		10,00 €

Mein / Unser Kind kommt am: (bitte ankreuzen)

<input type="radio"/> Montag	<input type="radio"/> Dienstag	<input type="radio"/> Mittwoch	<input type="radio"/> Donnerstag	<input type="radio"/> Freitag
------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------

## Mittagessen

Mein/ unser Kind nimmt an folgenden Tagen am Mittagessen teil: (bitte ankreuzen)

Bitte ankreuzen	Umfang	Elternbeitrag pro Monat
<input type="radio"/>	5 Tage pro Woche	70,00 €
<input type="radio"/>	4 Tage pro Woche	56,00 €
<input type="radio"/>	3 Tage pro Woche	42,00 €

ggf. Bildungskarten Nr. (nur Mittagessen):

1 0 0 7 _ _ _ _ _
(Wir bitten Sie, uns Änderungen bzgl. der Bildungskarte umgehend mitzuteilen!)

**Die Zahlungspflicht entsteht am 1. jedes Monats. Der Beitrag wird am Monatsanfang per Lastschrift eingezogen. Die Beiträge sind auch bei Fehlzeiten des Kindes zu entrichten. Bei Zahlungsverzug können ohne weitere Aufforderung Verzugszinsen und Mahngebühren berechnet werden.**

Vertragsgrundlage dieses Betreuungsvertrages ist die Einrichtungsordnung der Offenen Ganztagsschule an der Grundschule Grömitz des Deutschen Kinderschutzbundes Kreisverband Ostholstein e.V., deren Erhalt ich hiermit bestätige/ wir hiermit bestätigen.

Sie erhalten keine gesonderte, schriftliche Bestätigung Ihrer Anmeldung seitens des Deutschen Kinderschutzbundes Kreisverband Ostholstein e.V.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie uns wie folgt erreichen:

Tel.: 04562 - 26 65 598

Fax: 04562 - 99 91

Mobil: 0170 - 44 98 258

E-Mail: ogs-groemitz@kinderschutzbund-oh.de

.....  
 Ort, Datum

.....  
 Unterschrift Personensorgeberechtigte/r



## Datenschutzerklärung

Wir erheben, verwenden und speichern Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen der Bestimmungen der **EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)** und des **Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG)**. Nachfolgend unterrichten wir Sie über Art, Umfang und Zweck der Datenerhebung und Verwendung.

### **Erhebung, Speicherung und Verarbeitung von personenbezogenen Daten**

Es werden nur die personenbezogenen Daten erhoben, gespeichert und verarbeitet, die für die Erbringung der mit Ihnen vertraglich vereinbarten Dienstleistung erforderlich sind.

### **Nutzung und Weitergabe personenbezogener Daten**

Wir versichern, Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zwecke der mit Ihnen eingegangenen vertraglichen Verpflichtung zu nutzen. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt grundsätzlich nicht. Ausnahme ist eine erforderliche Weitergabe sog. Grunddaten des Kindes (Name, Geburtstag, Anschrift) auf Aufforderung eines Kostenträgers (z. B. Land Schleswig-Holstein, Stadt oder zuständige Kommune) zur Sicherstellung der Finanzierung der Offenen Ganztagschule.

### **Auskunfts- und Berichtigungsrecht**

Sie haben das Recht, auf schriftliche Anfrage über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten informiert zu werden. Die Anfrage ist zu richten an:

Deutscher Kinderschutzbund Kreisverband Ostholstein e.V.  
Vor dem Kremper Tor 19  
23730 Neustadt i.H.

Ferner haben Sie das Recht auf Berichtigung Ihrer nicht korrekt verarbeiteten Daten.

### **Recht auf Sperrung und Löschung**

Sie haben das Recht auf Sperrung und Löschung Ihrer personenbezogenen Daten. Bei der Löschung bezogener Daten müssen gesetzliche Archivierungsverpflichtungen berücksichtigt werden.

### **Recht auf Übertragung**

Sie haben das Recht, Ihre personenbezogenen Daten in einem gängigen Format bereitgestellt zu bekommen.

### **Widerspruchsrecht**

Sie haben das Recht, gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten mit Wirkung für die Zukunft Widerspruch einzulegen. Dieser muss durch eine entsprechende Mitteilung an den Deutschen Kinderschutzbund Kreisverband Ostholstein e. V. erfolgen.

## **EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und die meines Kindes für die zentrale Verwaltung des mit dem Deutschen Kinderschutzbund Kreisverband Ostholstein e. V. eingegangenen Vertrages erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

.....  
*Ort, Datum*

.....  
*Unterschrift Personensorgeberechtigte/r*



## SEPA-Lastschriftmandat

Name und Adresse des Zahlungsempfängers:	Deutscher Kinderschutzbund Kreisverband Ostholstein e.V. Vor dem Kremper Tor 19 23730 Neustadt i.H.
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE54 ZZZO 0000 1832 97
Mandatsreferenz	Die Mandatsreferenz wird Ihnen in einem gesonderten Schreiben mitgeteilt.

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Deutschen Kinderschutzbund Kreisverband Ostholstein e.V., wiederkehrende Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/ weisen wir mein/ unser Kreditinstitut an, die vom Deutschen Kinderschutzbund Kreisverband Ostholstein e.V. auf mein/ unser Konto gezogenen 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.

Kontoinhaber/in:	..... (Name, Vorname)
Straße, Hausnummer:	.....
Postleitzahl, Wohnort:	.....
Name des Kreditinstituts:	.....
BIC:	.....
IBAN:	DE ____ ____ ____ ____ ____ ____

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Kontoinhaber/in