



Nachmittagsbetreuung am Besselgymnasium  
Eine Kooperation zwischen Besselgymnasium und  
AWO-Bezirksverband OWL e.V., Kreis Minden-Lübbecke

## Verbindliche Anmeldung zur Nachmittagsbetreuung am Besselgymnasium im Schuljahr \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des/der Erziehungsberechtigten:

.....  
.....  
.....

Mein Sohn / meine Tochter \_\_\_\_\_ besucht im Schul-  
jahr \_\_\_\_\_ die Jahrgangsstufe \_\_\_\_\_ des Besselgymnasiums Minden.  
Er/Sie soll nach Unterrichtsschluss bis spätestens 16:00 Uhr an der Nachmittagsbe-  
treuung des Besselgymnasiums teilnehmen.

Ich möchte das Betreuungsangebot für 12 Monate (1 Schuljahr) in Anspruch  
nehmen.

Die Kosten hierfür betragen 35,- € pro Monat und Kind und müssen für die Dauer der  
nächsten 12 Monate bezahlt werden. Für Familien mit geringem Einkommen ist eine  
Befreiung von der Beitragsleistung auf Antrag möglich.

Ich verpflichte mich bei Verhinderung, Erkrankung oder Nichtteilnahme aus einem  
anderen Grund meines Sohnes/meiner Tochter die Betreuungskräfte unmittelbar zu  
informieren.

Ich erkenne durch meine Unterschrift die grundsätzliche Verpflichtung zur Teilnahme  
meines Sohnes/meiner Tochter an dem Angebot ausdrücklich an.

Im begründeten Einzelfall kann es zu einem Ausschluss meines Sohnes/meiner  
Tochter durch die Betreuungskräfte kommen. Die Betreuungskräfte verpflichten sich  
die Erziehungsberechtigten über die Gründe des Ausschlusses unmittelbar zu  
informieren.

(bitte wenden)

**Wichtige Hinweise:**

Wenn Geschwisterkinder an der Nachmittagsbetreuung teilnehmen, beträgt der Teilnehmerbetrag für das zweite Kind pro Monat 20,-- € und jedes weitere Kind ist von der Kostenbeteiligung befreit.

Empfangsberechtigte im Sinne des Bildungspaketes sind von der Kostenbeteiligung freigestellt. (Bitte ggfs. ankreuzen)

- \_\_\_\_\_ ist Geschwisterkind von \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ ist empfangsberechtigt im Sinne des Bildungspaketes.

An Tagen ohne regulären Unterricht (z.B. Schüler- und Elternberatungstag, Pädagogischer Tag usw.) findet keine Betreuung statt.

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

**Einzugsermächtigung:**

Der Monatsbeitrag in Höhe von 35 € / 55 € (nicht Zutreffendes streichen) soll von folgendem Konto eingezogen werden:

IBAN: \_\_\_\_\_

Kto-Nr. \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Kto-Inhaber: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_