

DRK-Offene Ganztagschule
der GGS Paffrath
Flachsberg 17
51469 Bergisch Gladbach

Telefon 02202-243231
E-Mail ogs-paffrath@rhein-berg.drk.de

Interessensbekundung

Zur Aufnahme meines/unseres Kindes in die
Offene Ganztagschule der Gemeinschaftsgrundschule Paffrath

Gewünschtes Aufnahmedatum

Schuljahr 20...../.....

Gewünschte Betreuungszeit

☐ bis 15.00 Uhr

☐ länger als 15.00 Uhr

Angaben zum Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geschlecht ☐ w ☐ m

Nationalität

Religion

Gibt es Besonderheiten, Auffälligkeiten? (Allergien, Behinderungen)

Besucht ein Geschwisterkind eine andere OGS, Kindertagesstätte, Tagepflege? Falls ja, welche?

Angaben zu den Personensorgeberechtigten

Name, Vorname Personensorgeberechtigte(r) 1

Name, Vorname Personensorgeberechtigte(r) 2

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Nationalität

Nationalität

Telefon

Telefon

E-Mail (**bitte deutlich in Druckbuchstaben**)

E-Mail (**bitte deutlich in Druckbuchstaben**)

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die vorliegenden Daten vom Jugendamt für die Berechnungen der Elternbeiträge zur Offenen Ganztagschule übernommen werden.

Datum, Unterschrift Personenberechtigte/r

Datum, Unterschrift Personenberechtigte/r

Bitte Rückseite beachten!

Kriterienabfrage zur Aufnahme von Kindern in das Außerschulische Angebot / OGS der GGS Paffrath

Anmeldung für das Kind

(Name, Vorname)

Ein Geschwisterkind nimmt bereits am Ganztagsangebot der OGS teil.

☐ Nein

☐ Ja

(Name, Vorname)

Berufstätigkeit / auch Bildungsmaßnahmen, Studium oder sonstige Ausbildung

Mutter / Personensorgeberechtigte(r) 1

☐ berufstätig mit _____ Wochenstunden
an den Werktagen:

☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr

☐ Wegzeit zur Arbeitsstätte: _____Min.

☐ nicht berufstätig

☐ arbeitssuchend

☐ sonstige Angaben

Bitte Bescheinigung(en) beifügen!

Vater / Personensorgeberechtigte(r) 2

☐ berufstätig mit _____ Wochenstunden
an den Werktagen:

☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr

☐ Wegzeit zur Arbeitsstätte: _____Min.

☐ nicht berufstätig

☐ arbeitssuchend

☐ sonstige Angaben

Bitte Bescheinigung(en) beifügen!

Der / Die Personensorgeberechtigte(n) besitzen einen Anspruch auf soziale Leistungen

☐ nein

☐ ja bitte Leistung angeben:

☐ Hilfen zur Erziehung (nach §§ 27 ff SGB VIII)

☐ Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II)

☐ Arbeitsförderung (SGB III)

☐ Sozialhilfe (SGB XII)

☐ Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Alleinerziehend

☐ ja

☐ nein