



## Anmeldung - Ferienangebot der AWO Schülerbetreuung an der Wilhelm-Leuschner-Schule

Vor- und Nachname des Kindes

Klasse

Geburtsdatum

Straße

PLZ / Wohnort

Hiermit melde ich mein Kind verbindlich für die Betreuung in der nachfolgenden Ferienwoche an:

Bitte ankreuzen:

Mein Kind ist ein Betreuungskind (PfdN)

☐

ja

☐

nein

Abfrage für das Mittagessen:

Mein Kind darf nur vegetarisch essen ☐

Mein Kind darf alles essen ☐

Mein Kind darf nur laktose und glutenfrei essen ☐

**Anmeldeschluss: 15. Februar 2026**

**Ferienbetreuung**

zzgl.

**55,00 EUR Betreuungsgebühr**

**25,00 EUR Mittagessen**

**80,00 EUR**

(Die Zahlung erfolgt per SEPA-Lastschriftmandat) \*ohne Getränke/Snack

**Betreuungszeit: Mo-Fr von 8.00 bis 16.00 Uhr**

► **Ferienangebot**

(bitte entsprechende Ferienwoche ankreuzen)

- |                      |                   |                          |                                |
|----------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 1. Osterferienwoche  | 30.03.-02.04.2026 | <input type="checkbox"/> | zzgl. 5 x Mittagessen = 25 EUR |
| 4. Sommerferienwoche | 20.07.-24.07.2026 | <input type="checkbox"/> | zzgl. 5 x Mittagessen = 25 EUR |
| 5. Sommerferienwoche | 27.07.-31.07.2026 | <input type="checkbox"/> | zzgl. 5 x Mittagessen = 25 EUR |
| 6. Sommerferienwoche | 03.08.-07.08.2026 | <input type="checkbox"/> | zzgl. 5 x Mittagessen = 25 EUR |

Sie erhalten eine schriftliche Bestätigung. Bitte beachten Sie, dass Ihre Anmeldung verbindlich ist.

**Mindestteilnehmerzahl: 12 Kinder.**

Der Vertrag für die Ferienbetreuung in den Oster- und Sommerferien Sj. 2025/26 für das o.g. Kind kommt erst mit der schriftlichen Bestätigung durch die AWO Perspektiven gGmbH zustande.

**Wer ist im Notfall zuerst zu informieren/erreichbar:**

Name (ggf. Verwandtschaftsverhältnis)

Telefon-Nummer

Hiermit bestätige ich, dass die hier genannte/n Person/en zugestimmt hat/haben, dass die hier genannten Daten von der AWO Perspektiven gGmbH für die Abwicklung des Betreuungsangebotes, gemäß der aktuell gültigen Datenschutzverordnung erfasst und verarbeitet werden dürfen. Änderungen und Widerrufe dieses Einverständnisses können jederzeit gegenüber der AWO Perspektiven gGmbH angezeigt werden.

**AWO Schülerbetreuung an der  
Wilhelm-Leuschner-Schule**

Christian-Stock-Straße 2  
64319 Pfungstadt



**Hessen-Süd**

AWO Perspektiven gGmbH

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass unser Kind an allen Veranstaltungen im Rahmen des Ferienprogrammes der AWO Schülerbetreuung an der o.g. Schule sowie an Spaziergängen und anderen Aktivitäten, die nicht auf dem Gelände stattfinden, teilnimmt.

Ich/Wir erkenne/n hiermit durch meine/unsere Unterschrift die derzeit gültige Geschäftsordnung des Trägers für das Ferienangebot an der o.g. Schule an. Diese wurde mir/uns ausgehändigt.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass meine/unsere Daten unter Beachtung der aktuellen Datenschutzbestimmungen elektronisch von der AWO Perspektiven gGmbH für die Abwicklung des Betreuungsangebots gespeichert und bearbeitet sowie der zur Erfüllung beauftragten Personen, Unternehmen und Institutionen weitergeleitet werden. Eine Weitergabe an weitere Dritte erfolgt nicht. Die Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die gespeicherten Daten können jederzeit eingesehen, deren Änderung und Löschung verlangt werden. Dieses muss schriftlich gegenüber der AWO Perspektiven gGmbH angezeigt werden. Nach Erreichen der gesetzlich verpflichtenden Aufbewahrungspflicht werden die Daten gelöscht.

Ich/Wir nehme/n zur Kenntnis und bin/sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind bei schwerwiegenden pädagogischen Schwierigkeiten nach Hause geschickt wird (eine telefonische Benachrichtigung erfolgt an den Erziehungsberechtigten.) Ich/Wir werde/n für die entstandenen Kosten aufkommen.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind bei einer Erkrankung in ein Krankenhaus gebracht wird, falls dies vom Arzt für notwendig erachtet wird, bei gleichzeitiger Benachrichtigung an meine/unsere Adresse. Die akute Versorgung kann vor meinem/ unserem Eintreffen begonnen bzw. vorgenommen werden, wenn dies von ärztlicher Seite notwendig wird. Die o.g. persönlichen Daten werden dem Arzt mitgeteilt.

Datum, Ort

Unterschrift des Erziehungsberechtigten