

Kundennr.:

# VERTRAG

für die Betreuung an der  
Grundschule Hallgarten

zwischen

dem Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Hessen e. V., Feuerwehrstraße 5, 60435 Frankfurt

**Regionalverband Westhessen, Bierstadter Str. 49, 65189 Wiesbaden**

**ASB Schulbetreuung an der Grundschule Hallgarten Rosentalstr. 35, 65375 Oestrich-Winkel**

vertreten durch i.A. Bettina Meudt – nachfolgend Träger genannt –

und der/dem/den Personensorgeberechtigten\*:

Frau/Herrn

Frau/Herrn

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

wohnhaft in

wohnhaft in

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- nachfolgend auch bei nur einem Vertreter die Personensorgeberechtigten genannt -

wird für die Betreuung der Schülerin/des Schülers

\_\_\_\_\_ (Name, Geburtsdatum)

mit Wirkung zum **01.08.2026** folgender Vertrag geschlossen:

Folgenden Betreuungsmodule stehen für die Anmeldung zur Wahl  
Modulmaske für die Säule 1 ohne Säule 2 weil die Schülerzahl zu gering ist

<b>Säule 1 Anmeldung für den Ganzttag (GT)</b> <b><u>Nach der Anmeldung besteht eine Anwesenheitspflicht</u></b>										
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Mittagessen verpflichtendes Schulangebot entsprechend gewähltem GT.Modul</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><b>5 Tage</b></span> <span><b>122,00 Euro/Monat</b></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><b>3 Tagen</b></span> <span><b>73,00 Euro/Monat</b></span> </div>										
Art der Betreuung	Betreuungszeiten ( Mo- Fr )	Sockelbetrag								
<input type="checkbox"/> <b>GT.Modul 1</b>	(Mo-Do) 7:30 bis 15:00 Uhr (Fr)14.00 Uhr	55,00 Euro/ Monat + 122,00€ Mittagessen								
<input type="checkbox"/> <b>GT Modul 2</b> <b>GT mit Anschlussbetreuung</b> (nur in Verbindung mit GT.Modul 1)	Mo-Do) 7:30 bis 17:00 Uhr (Fr)14.00 Uhr	75,00 Euro/ Monat (+ 55,00 Euro aus GT.Modul 1) <b>Gesamt: 130,00 Euro/ Monat</b> + 122,00€ Mittagessen								
<input type="checkbox"/> <b>GT Modul 3</b> <b>GT mit Anschlussbetreuung</b> (nur in Verbindung mit GT.Modul 1)	7:30 bis 17.00 Uhr (3 Tage wählbar) <table border="1" style="margin: 5px auto; text-align: center;"> <tr> <td>Mo.</td> <td>Di.</td> <td>Mi.</td> <td>Do.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Mo.	Di.	Mi.	Do.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55,00 Euro/ Monat (+ 32,00 Euro aus GT.Modul 2) <b>Gesamt: 87,00 Euro/ Monat</b> + 73,00€ Mittagessen
Mo.	Di.	Mi.	Do.							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

- + Die Anmeldung für den Ganzttag ist freiwillig, jedoch nach Anmeldung für ein Schuljahr verpflichtend. Der Ganzttag ist eine Schulveranstaltung und gekoppelt mit Anwesenheitspflicht der Schüler\*innen bis 15.00 Uhr.
- + Der Ganzttag endet freitags um 14.00 Uhr
- + Modul 1 ist berechtigt für eine Kostenübernahme

<b>Paket Mittagessen:</b>	
<b>Wenn kein Bedarf für eine Anmeldung im Ganzttag besteht. Alternativ kann nur die Mittagsversorgung gebucht werden</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Mo- Fr. Mittagessen</b>	<b>122,00 Euro/ Monat</b>
<input type="checkbox"/> <b>3 Tage</b> <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr	<b>73,00 Euro/Monat (Tage wählbar) dann 1 Jahr bindend</b>

- + Die Anmeldung für das Mittag Paket ist freiwillig, nach Anmeldung verbindlich für ein Schuljahr.
- + Die Zeiten des Mittagstisches wird über die Schule bekannt geben- Ihr Kind wird nach Ende nach Hause geschickt.

Angaben zur Schülerin/zum Schüler		
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Familiensprache:	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers		
Anschrift (Str./PLZ/Ort):		
Kind lebt bei <input type="checkbox"/> den Eltern <input type="checkbox"/> der Mutter <input type="checkbox"/> dem Vater <input type="checkbox"/> bei anderen Personensorgeberechtigten		
Erklärung zur Personensorge		
<input type="checkbox"/> Das Sorgerecht wird gemeinsam ausgeübt		
<input type="checkbox"/> Das Sorgerecht wird von nur einem Personensorgeberechtigten ausgeübt		
<input type="checkbox"/> Das Aufenthaltsbestimmungsrecht hat		
<input type="checkbox"/> die Mutter		
<input type="checkbox"/> der Vater		
<b>Sollte nur ein Elternteil sorgeberechtigt sein oder das Aufenthaltsbestimmungsrecht haben, so ist dies durch einen geeigneten Nachweis (z.B. gerichtliche Entscheidung) nachzuweisen.</b>		
Personensorgeberechtigte/r 1		
Name:	Vorname:	
Stellung zum Kind (z.B. Mutter/Vater/ ...)		
<input type="checkbox"/> berufstätig		
Anschrift (Str./PLZ/Ort):		
Telefonnummern:		
privat:	mobil:	dienstl.:
E-Mail:		
Personensorgeberechtigte/r 2		
Name:	Vorname:	
Stellung zum Kind (z.B. Mutter/Vater/ ...)		
<input type="checkbox"/> berufstätig		
Anschrift (Str./PLZ/Ort):		
Telefonnummern:		
privat:	mobil:	dienstl.:
E-Mail:		

**Weitere Angaben**

**Gesundheitszustand der Schülerin/des Schülers**

Bei meinem/unserem Kind liegen Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Besonderheiten vor, die seinen Gesundheitszustand beeinflussen können.  Ja  Nein  
Bei **x** Ja, sind die nachfolgenden Informationen zwingend notwendig:

Mein Kind nimmt eigenverantwortlich nachfolgendes Medikament ein:

**Die Mitarbeitenden der Einrichtung dürfen dem Kind grundsätzlich keine Medikamente verabreichen!**

Allergien, Besonderheiten:

Weitere Beeinträchtigung/en:

Nahrungsmittelunverträglichkeit:

**Nahrungsmittelunverträglichkeiten sind per Attest nachzuweisen. Bitte beachten Sie, dass wir nicht überwachen, welche Lebensmittel ihr Kind während des Tagesablaufs zu sich nimmt.**

Mein Kind hat die gesetzlich vorgeschriebenen Impfungen gegen Masern erhalten.

Ja  Nein

Der Nachweis wurde vorgelegt: am \_\_\_\_\_ eingesehen von \_\_\_\_\_

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

**Ernährungsbesonderheiten:**

Vegetarier  kein Schweinefleisch

Anderes: \_\_\_\_\_

**Kostenübernahme (freiwillige Angabe)**

Ich beabsichtige einen Antrag auf Übernahme der Betreuungskosten beim Landkreis bzw. der Stadt zu stellen.

Ich beabsichtige, einen Antrag auf Zuschuss zum Mittagessen beim Jobcenter oder andere Stelle zu stellen.

**Die Mitarbeiter der ASB Einrichtung sind nicht für die Antragstellung zuständig! Der Antrag muss von den Personensorgeberechtigten gestellt werden.**

### Abholregelung

- wird immer von der Betreuung abgeholt
- fährt mit dem Bus nach Hause
- geht allein nach Hause





Name:	Vorname:	Tel.:
Name:	Vorname:	Tel.:
Name:	Vorname:	Tel.:
Name:	Vorname:	Tel.:
Name:	Vorname:	Tel.:

ggf. besondere Informationen / Absprachen:

### Telefonnummern für den Notfall:

Person:	Mobil:	Dienstl.:	Privat:
Person:	Mobil:	Dienstl.:	Privat:
Person:	Mobil:	Dienstl.:	Privat:
Person:	Mobil:	Dienstl.:	Privat:

### Bitte beachten!

-  Die zur Abholung des Kindes berechtigten Personen müssen auf diesem Formular schriftlich aufgeführt werden. Sollte das Kind mit einer anderen Person als schriftlich vereinbart die Betreuung verlassen dürfen oder allein nach Hause gehen, muss eine schriftliche Information der Erziehungsberechtigten vorliegen!
-  Teilen Sie uns Änderungen der Telefonnummern unverzüglich mit!
-  Dauerhafte Änderungen müssen schriftlich erneut bekannt gegeben werden!
-  Dem Betreuungspersonal fremde, abholberechtigte Personen müssen sich ausweisen können!

**Entbindung der Schweigepflicht**  
**im Rahmen der Zusammenarbeit**  
**zwischen Schülerbetreuung und Schule**

Angaben zur Schülerin / zum Schüler	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Informationsaustausch	
<p>Hiermit erkläre/n ich mich/wir uns damit einverstanden, dass die ASB-Mitarbeitenden im Rahmen der Betreuung meines/unseres Kindes (oben genannt) Informationen und Unterlagen mit folgenden Personenkreisen austauschen kann:</p>	
<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Lehrkräften und der Schulleitung (zwingend)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Austausch mit Schulsozialarbeit
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	weitere Mitarbeiter des Schulträgers z.B., Schulpsychologen
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Therapeuten, Kinderarzt, andere Fachärzte
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	weitere .....
<p>Der Austausch bezieht sich auf die schulischen Belange und die ganzheitliche Entwicklung des Kindes. Soweit die Einbeziehung weiterer Dienste und Institutionen für notwendig erachtet wird, kann dies nur mit meinem schriftlichen Einverständnis erfolgen.</p> <p>Ich weiß, dass ich diese Einwilligung verweigern oder jederzeit widerrufen kann, ohne dass dies negative Folgen für mich oder mein Kind hat.</p>	

### Erklärung zur Bildverwendung KJS

Um den Alltag in der Betreuung darzustellen und zu dokumentieren, ist es erforderlich, eine Genehmigung der Personensorgeberechtigten einzuholen, das Bild- und Videomaterial von ihrem Kind verwendet, verarbeitet und gespeichert werden darf.

Hiermit erteile ich/erteilen wir dem Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Hessen e.V. (ASB) die Erlaubnis zur unentgeltlichen Verwendung von fotografischen Aufnahmen und Filmen auf denen mein/unser Kind (oben genannt) erkennbar abgelichtet ist für folgende Zwecke:

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> Nein	Bild- und Videomaterial wird zur Gestaltung innerhalb der Betreuung (z.B. Magnetwand) verwendet
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bild- und Filmmaterial des Kindes zur internen <b>Dokumentation der pädagogischen Arbeit</b>

Eine Verwendung für andere als die beschriebenen Zwecke oder ein Inverkehrbringen durch Überlassung der Aufnahmen an Dritte ist unzulässig. Diese Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, es sei denn der ASB kann sich auf berechnete Gründe berufen, die die Umsetzung des Widerrufs erheblich erschweren (z.B. bei Imagefilmen, bereits gedruckten Broschüren, u.ä.). Bei Veröffentlichung von Gruppenfotos führt der spätere Widerruf einer einzelnen Person grundsätzlich nicht dazu, dass das Bild entfernt werden muss. Meine Einverständniserklärung gilt über den Tod hinaus.

Kundennr.:

**Mitgeltende Anlagen:**

- Anlage: SEPA-Lastschriftmandat
- Anlage: Elterninformation Krankheitsfälle (IfSG)
- Anlage: Merkblatt zur Datenerhebung
- Anlage: Widerruf
- Anlage: Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB)

Ort, Datum	Ort, Datum
<u>X Unterschrift des/der</u> <u>Personensorgeberechtigten 1</u>	<u>X Unterschrift des/der</u> <u>Personensorgeberechtigten 2</u>

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Trägers  
ASB-Regionalverband-Westhessen

**\*Hinweis:** Personen, die das alleinige Sorgerecht besitzen, müssen dem Träger hierzu einen schriftlichen Nachweis vorlegen.

**Einzugsermächtigung/ SEPA-Lastschriftmandat:**

ASB Landesverband Hessen e.V., Regionalverband Westhessen  
Straße und Hausnummer: Bierstadter Str. 49  
Postleitzahl und Ort: 65189 Wiesbaden  
Gläubigeridentifikationsnummer: DE9602000000569474

Mandatsreferenz: Hiermit erklärt der ASB Landesverband Hessen e.V., Regionalverband Westhessen, dass die Mandatsreferenznummer in einem separaten Schreiben nachgereicht wird.

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger ASB Landesverband Hessen e.V., Regionalverband Westhessen, widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen der Elternentgelte bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.  
Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom ASB Landesverband Hessen e.V., Regionalverband Westhessen, 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.

Zahlungsart:  Wiederkehrende Zahlung  Einmalige Zahlung

Nebenabrede zur Vorabankündigung (Pre-Notification):

Im Rahmen dieses Mandats wird der Zahlungspflichtige hiermit von dem ersten Fälligkeitstermin des ersten Lastschritteinzuges einmalig vorab unterrichtet.

Der im Vertrag definierte Betrag bzw. die im Vorfeld vereinbarten Beträge werden jeweils zur Mitte eines Monats eingezogen.

Der erste Einzug erfolgt voraussichtlich zur Mitte des Folgemonats nach Vertragsbeginn.

**Angaben zur/zum Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)**

Name, Vorname:

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

BIC:

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)