Gemeinde Argenbühl
Landkreis Ravensburg

FERIENBETREUUNG

☐ 1. Ferienwoche (03.08.-07.08.2026) an der GMS Eglofs
☐ letzte Ferienwoche (07.09.-11.09.2025) an der GS Ratzenried

Zeiten der Ferienbetreuung: Montag bis Freitag von 7:15 – 13:15 Uhr
Ankunftszeit spätestens 8:00 Uhr und Abholzeit frühestens um 12:45 Uhr

Angaben zum Kind		
Nachname		
Vorname		
Anschrift		
Geburtsdatum		
Geschlecht	☐ männlich	☐ weiblich
besucht die GS		
Klasse		

Angaben zur Mutter / zum sonstigen Personensorgeberechtigten		
Nachname		
Vorname		
Anschrift		
Arbeitsstätte		
Anschrift		
Erreichbarkeit	Telefon privat	
	Telefon geschäftlich	
	Mobil	
	E-Mail	

Angaben zum Vater / zum weiteren sonstigen Personensorgeberechtigten		
Nachname		
Vorname		
Anschrift		
Arbeitsstätte		
Anschrift		
Erreichbarkeit	Telefon privat	
	Telefon geschäftlich	
	Mobil	
	E-Mail	

Besonderheiten des Kindes (Allergien, Beeinträchtigungen etc.)
Hinweis: Für die Gabe von ärztlich verordneten Medikamenten/Notfallmedikamenten ist eine gesonderte Zustimmung erforderlich.

Sonstige Personen, die im Notfall kontaktiert werden können bzw. zur Abholung des Kindes berechtigt sind:		
Nachname		
Vorname		
Erreichbarkeit	Telefon privat	
	Telefon geschäftlich	
	Mobil	

Nachhauseweg:

Ich/Wir geben unser Einverständnis, dass mein/unser Kind nach der Ferienbetreuung selbständig nach Hause gehen darf.

☐ ja ☐ nein

Ich/Wir haben mein/unser Kind auf die gefahrlose Bewältigung des Nachhauswegs vorbereitet. Sollte sich an der Wegeführung etwas ändern (z. B. Baustellen etc.) werde ich/werden wir dafür Sorge tragen, dass mein/unser Kind entsprechend informiert ist.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter / Personensorgeberechtigter

Unterschrift Vater / Personensorgeberechtigter

Die Information bei Erhebung personenbezogener Daten nach Artikel 13 der DSGVO entnehmen Sie bitte unserer Website.

Zustimmung über die Gabe von ärztlich verordneten Medikamenten/ Notfallmedikamenten

Angaben zum Kind	
Nachname	
Vorname	
Erkrankung	

Behandelnder Arzt	
Name	
Anschrift	
Telefonnummer	

Notfallmedikament		
Anzeichen		
Medikament		
Dosierung		
Lagerung im Kühlschrank	☐ ja	☐ nein
Besonderheiten beim Umgang		
Notruf nach der Gabe	☐ ja	☐ nein

Medikament zur regelmäßigen Gabe		
Medikament		
Dosierung		
Uhrzeit der Gabe		
Art der Gabe		
Lagerung im Kühlschrank	☐ ja	☐ nein
Besonderheiten beim Umgang		

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die Betreuungskräfte die von uns angegebenen Notfallmedikamente/Medikamente ohne vorherige Rücksprache meinem/unserem Kind verabreichen dürfen. Mit dieser Zustimmung werden die Haftung des Trägers und der Betreuungskräfte rechtlich ausgeschlossen.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter / Personensorgeberechtigter

Unterschrift Vater / Personensorgeberechtigter

Die Information bei Erhebung personenbezogener Daten nach Artikel 13 der DSGVO entnehmen Sie bitte unserer Website.

Gemeinde Argenbühl
Landkreis Ravensburg

Gemeinde Argenbühl
Kasse
Eisenharz
Kirchstraße 9
88260 Argenbühl

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger ID: DE 38ZZZ00000313953

Forderungsart

___Ferienbetreuung 2026 _____

Buchungszeichen (Mandatsreferenz)

_____

Ich/Wir ermächtige/n die Gemeinde Argenbühl, die Zahlung von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Argenbühl auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/in

Nachname, Vorname	
Ortsteil	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	

Bankdaten

Kreditinstitut	
IBAN	
BIC	

_____

Datum, Ort und Unterschrift (Kontoinhaber/in)

Die Information bei Erhebung personenbezogener Daten nach Artikel 13 der DSGVO entnehmen Sie bitte unserer Website.