



BÜM

gemeinnützige Betreuungs- GmbH

Bräuhausgasse 23
9300 St. Veit/Glan
Tel. 04212/5003, Fax DW 21
office@buem.at | www.buem.at

SCHULISCHE TAGESBETREUUNG – Stammdatenblatt

Schule: VS/MS Friesach

1. Tarif							
Betreuungstage getrennte Abfolge – ganztägige Schulform <i>(bitte ankreuzen)</i>						Mittagessen <i>(bitte ankreuzen)</i>	
<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Anmeldung ab							

2. Daten der Schülerin/des Schülers			
Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Geschlecht <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Staatsbürgerschaft	<input type="text"/>
Muttersprache	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>		

3. Daten der Eltern/Erziehungsberechtigten			
Vorname	<input type="text"/>	Titel/Nachname	<input type="text"/>
berufstätig <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> ja	Beschäftigungsausmaß <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> Teilzeit
	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Vollzeit
Vorname	<input type="text"/>	Titel/Nachname	<input type="text"/>
berufstätig <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> ja	Beschäftigungsausmaß <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> Teilzeit
	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Vollzeit
Familienstand <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft
alleinerziehend <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
E-Mail-Adresse:	<input type="text"/>		
Telefon PRIVAT 1	<input type="text"/>	Telefon ARBEIT 1	<input type="text"/>
Telefon PRIVAT 2	<input type="text"/>	Telefon ARBEIT 2	<input type="text"/>

4. Daten zur Abholung des Kindes	
Mein Kind geht nach der Betreuung selbständig nach Hause <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
falls nein, das Kind wird durch folgende Personen von der Schule abgeholt <i>(bitte ankreuzen)</i>	
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Vater	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Andere Personen:	<input type="text"/>

Blatt bitte wenden!



BÜM

gemeinnützige Betreuungs- GmbH

Bräuhausgasse 23
9300 St. Veit/Glan
Tel. 04212/5003, Fax DW 21
office@buem.at | www.buem.at

5. Allgemeine Informationen

Hausarzt/Kinderarzt			
Krankheiten, Allergien und Unverträglichkeiten des Kindes			
Muss Ihr Kind während der Betreuung Medikamente nehmen <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche?			
Allfälliges, was Sie uns mitteilen möchten			

6. Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Ich bestätige hiermit ausdrücklich die Richtigkeit der von mir angegebenen Daten und Informationen. Weiters nehme ich zur Kenntnis, dass die Anmeldung an den genannten Tagen verbindlich ist, eine Abmeldung der Betreuung nur zum Semester erfolgen kann und die Einteilung bzw. Vergabe der Betreuungsplätze ausschließlich durch die Schuldirektion in Kooperation mit der BÜM gem. Betreuungs- GmbH nach Maßgabe der freien Plätze erfolgt.

Ort, Datum		Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten	
------------	--	---	--

7. Datenschutzerklärung

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass die im vorliegenden Antrag erfassten persönlichen Daten, zweckmäßig für die Betreuung meines Kindes bei der BÜM gem. Betreuungs- GmbH, elektronisch verarbeitet werden. Weiters bestätige ich, dass ich seitens der BÜM gem. Betreuungs- GmbH datenschutzrechtlich informiert wurde und dem Inhalt des Dokumentes **BÜM-18004** vollinhaltlich zustimme. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich bei der BÜM gem. Betreuungs- GmbH, 9300 – Bräuhausgasse 23, widerrufen werden.

Ort, Datum		Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten	
------------	--	---	--

8. Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtigen die **BÜM gem. Betreuungs- GmbH** bzw. den/die jeweiligen **Schulerhalter/in** die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der BÜM gem. Betreuungs- GmbH bzw. dem/der Schulerhalter/in auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinen/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Name)		Anschrift des Zahlungspflichtigen		
IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BIC <input type="text"/>
Kreditinstitut				
Zahlungsart <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/>	wiederkehrend am 5. des Monats	<input type="checkbox"/>	Einmalzahlung
	<input type="checkbox"/>	wiederkehrend am 15. des Monats		
Ort, Datum		Unterschrift/en des/der Kontozeichnungsberechtigten		