

Stammdatenblatt Offene Ganztagschule Hohenwart

Name: _____ Vorname: _____
 Klasse: _____ Geburtstag: _____
 Telefonnr.: _____ E-Mail: _____

Für den Notfall weitere Kontaktadressen in der Nähe (z.B. Arbeitgeber, Großeltern, sonstige Verwandte, Nachbarn, etc.: Name, Anschrift, Tel)

1. _____ ☎ _____
2. _____ ☎ _____
3. _____ ☎ _____
4. _____ ☎ _____

Besonderheiten: z.B. Allergien, andere gesundheitliche Probleme:

Mein/unsere Kind soll an folgenden Tagen betreut werden (bitte ankreuzen):

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
13:00 Uhr	13:00 Uhr	13:00 Uhr	13:00 Uhr	13:00 Uhr
14:00 Uhr	14:00 Uhr	14:00 Uhr	14:00 Uhr	-
16:00 Uhr	16:00 Uhr	16:00 Uhr	16:00 Uhr	-
Essen	Essen	Essen	Essen	-

- Mein/unsere Kind fährt mit dem Bus, OT (und darf daher die OGTS ggf. 5 Minuten vor Betreuungsende verlassen)
- geht selbstständig nach Hause

 Ort, Datum

 Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

bitte Rückseite beachten!

Information über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Ich bin damit einverstanden, dass die hier erhobenen Daten meines Kindes

zu folgenden Zwecken

- *Kontrolle der Anwesenheit und der gebuchten Essenstage*
- *Rückmeldung bei Notfällen und/oder Nichterscheinen des Kindes*

erhoben, verarbeitet und genutzt sowie an

jeweilige Mittags- und Hausaufgabenbetreuung bzw. Offene Ganztagschule der Schule des Kindes

- *Caritas-Zentrum Pfaffenhofen, Fachdienst Kinder-Jugend-Familie*

weitergegeben bzw. übermittelt und dort ebenfalls zu den folgenden Zwecken

- *Kontrolle der Anwesenheit*
- *Kontrolle der gebuchten Essenstage*

verarbeitet und genutzt werden:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der geltenden Datenschutzgesetze erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit auch teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Meine Widerrufserklärung werde ich richten an:

Caritas-Zentrum Pfaffenhofen

Ambergerweg 3

85276 Pfaffenhofen

Tel. 08441/808334