

Anmeldung für das Ganztagsangebot der Altstädter Schule
und das Hortangebot im Schuljahr 2025/2026



Vorname Schüler / Schülerin	Nachname Schüler / Schülerin
Straße	Geburtsdatum
PLZ/Wohnort	Klasse
E-Mailadresse	Telefonnummer(n)
Vorname, Name der Mutter	Vorname, Name des Vaters
Ich bin/wir sind leistungsberechtigt nach dem Bildungs- Teilhabepaket (BuT) <input type="checkbox"/>	

Bitte hier ankreuzen:

Keine Ganztagsbetreuung gewünscht		<input type="checkbox"/>
Offene Ganztagschule (OGS): Wir möchten, dass unser Kind am Ganzttag bis 15:30Uhr teilnimmt. Bitte wählen Sie für die OGS mindestens einen Wochentag aus. Hinweis: Die Anmeldung an den Ganzttag verpflichtet zur Teilnahme bis 15:30Uhr – früheres Abholen ist nicht möglich.	Montag	<input type="checkbox"/>
	Dienstag	<input type="checkbox"/>
	Mittwoch	<input type="checkbox"/>
	Donnerstag	<input type="checkbox"/>
CVJM-Hort (OGSplus): Kostenpflichtige Betreuung bis 17:00Uhr. Für die Inanspruchnahme von OGSplus muss ein separater Betreuungsvertrag abgeschlossen werden. Anmeldeformulare sind beim CVJM-Hort erhältlich.	Wochengruppe: Mo. – Do. (15:30 – 17:00 Uhr sowie Freitags nach Unterrichtsschluss bis 17:00Uhr (inkl. 8 Wochen Ferienbetreuung im Jahr)	<input type="checkbox"/>
	Freitagsgruppe: jeden Freitag nach Unterrichtsschluss bis 17:00Uhr (inkl. 8 Wochen Ferienbetreuung im Jahr)	<input type="checkbox"/>

Offene Ganztagschule (OGS): Die Anmeldung zum OGS Angebot verpflichtet zur Teilnahme an mindestens einem Tag pro Woche und zur Teilnahme am Mittagessen. Das Mittagessen ist kostenpflichtig. Die Kosten können unter bestimmten Voraussetzungen von der Stadt Osnabrück übernommen werden. Schulleitung Frau Lemper/Sekretariat Tel: 0541-323-81110; info@altstaedter-schule-osnabrueck.de.

Kooperativer Hort (OGSplus): Das kostenpflichtige Hortangebot ist nur in Verbindung mit dem Ganztagsangebot (OGS) buchbar. Die Kosten können unter bestimmten Voraussetzungen von der Stadt Osnabrück übernommen werden. Hortleiterin Lisa Grobleben Tel: 0541-323-81160; hort@cvjm-osnabrueck.de

Datum, Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Bitte geben Sie spätestens bis zum **28.02.2025** die Anmeldung bei der Klassenlehrkraft/im Sekretariat ab.
Vielen Dank!



Grundschule **Altstädter Schule**

Teilnahme Ihres Kindes am Mittagessen im Schuljahr 2025/2026

Name: _____, geb. am: _____ Klasse 1

Bitte füllen Sie den Bogen bis zur gestrichelten Linie aus. Kreuzen Sie Zutreffendes an!

- Mein Kind bringt sein Essen selbst mit ("Kaltesser")
Haben Sie "Kaltesser" angekreuzt, müssen Sie den Bogen nicht weiter ausfüllen.
- Mein Kind nimmt am warmen Mittagessen teil.
- Mein Kind soll vegetarisch essen.
- Mein Kind darf kein Schweinefleisch essen.
- Mein Kind hat Allergien und/oder Unverträglichkeiten: _____

**Bitte zurück an die
Schule bis spätestens
28.02.2025!**

- Wir beziehen Leistungen nach dem Bildungs- und Teilhabepaket (bei ALGII - Zahlungen (Jobcenter) / SGB XII / Wohngeld und Kinderzuschlag):

Wir benötigen stets von Ihnen den aktuellen Leistungsbescheid. Den Antrag auf Bildung und Teilhabe gibt es im Sekretariat der Altstädter Schule.

Essenspreise

Der **pauschale Abo-Preis** kann nur bei einem 11 Monate umfassenden Zahlungszeitraum angeboten werden. Im Pauschalpreis berücksichtigt sind Ferien, Feiertage, Klassenfahrten und Krankheitstage. Bei der Anmeldung der *OGSplus* wird der Abo-Preis 12 Monate eingezogen und beinhaltet das Mittagessen innerhalb der Ferienbetreuung.

ABO-Preise für Stadtschüler ab 01.08.2024 bis 31.07.2027:

wtl. Essentage	5 x	4x	3x	2x	1x
Abo Preis	62,90 €	50,32 €	37,74 €	25,16 €	12,58 €

Die **Bezahlung** erfolgt ausschließlich per **SEPA-Lastschriftmandat** jeweils zum Anfang eines Monats. Dazu benötigen wir die ausgefüllte und unterschriebene Einzugsermächtigung zurück. Änderungen Ihrer Bankverbindung teilen Sie uns bitte unverzüglich mit.

SEPA-Lastschriftmandat**Bitte zurück an die
Schule bis spätestens
28.02.2025!**

Zahlungsempfänger: **Stadt Osnabrück
Altstädter Schule
Lotter Straße 6
49078 Osnabrück**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE21ALT00000015693**

SEPA-Lastschriftenmandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above). As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Wenn Ihr Kind am Mittagessen teilnehmen soll, muss dieser Abschnitt ausgefüllt werden, auch wenn Sie leistungsberechtigt sind!

If your child is to take part in lunch, this section must be completed, even if you are entitled to benefits!

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

Name, Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Kreditinstitut: _____

Mandatsreferenz: _____

(Name, Vorname,
Geb-Datum Ihres Kindes)_____
Ort, Datum_____
Unterschrift der Zahlungspflichtigen/des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)