

**abzugeben:  
Sekretariat/Ganztag**



**Hessen-Süd**

AWO Schülerbetreuung an der Justin-Wagner-Schule • Odenwaldring 3-5  
64380 Roßdorf b. Darmstadt

## **Anmeldung Ganztagsangebot/Betreuung Justin-Wagner-Schule - Schuljahr 2024/2025**

**AWO Perspektiven gGmbH**

**AWO Schülerbetreuung an der  
Justin-Wagner-Schule**  
Odenwaldring 3-5  
64380 Roßdorf  
Telefon 06154 6025-222  
rossdorf.jws@awo-hs.org  
www.awo-hs.org

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname des/r Schülers/Schülerin

\_\_\_\_\_  
Klasse

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Wohnort

**Hiermit beantrage/n ich/wir die verbindliche Teilnahme meines Kindes am Ganztagsangebot an der Justin-Wagner-Schule für das Schuljahr 2024/2025.**

Es können einzelne Tage gebucht werden. Das Angebot startet am ersten Schultag, 26. August 2024.

Ab Beginn der Nachmittagsangeboten bitten wir folgende Regelung zu beachten:

Bei Teilnahme an den Nachmittagsangeboten wie Unterricht, Lernzeit und AGs endet der Betreuungstag spätestens um 15.35 Uhr. Bei Ausfall werden diese nicht vertreten. Die Betreuung endet an diesem Tag um 14.00 Uhr.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Modul 1 12:20 bis 14:00 Uhr					
Modul 2 12:20 bis 15:00 Uhr					<b>Kein Angebot</b>
Modul 3 12:20 bis 16:00 Uhr					<b>Kein Angebot</b>

Bitte beachten Sie, dass bei Anmeldung des Moduls 1, 2 bzw. 3 die Zeit bis Modulende verbindlich wird und somit eine Anwesenheitspflicht besteht. Die Verbindlichkeit erlischt, wenn ihr Kind am Nachmittag an folgenden Unterrichtseinheiten teilnimmt: Nachmittagsunterricht, Lernzeit, AGs. DAZ, LRS und Tastaturlehrgänge sind von der Regelung ausgenommen.

**-Das Ganztagsangebot ist kostenfrei.- Aufnahme nur möglich, wenn freie Plätze zur Verfügung stellen.  
Es erfolgt eine schriftliche Teilnahmebestätigung.**

Die Justin-Wagner-Schule hat einen Mensabetrieb. Ein warmes Mittagessen kann von der Firma Caseda Gastro Service GmbH, Darmstadt, zugekauft werden. Die Buchung und Abrechnung erfolgten direkt über den Anbieter, info@caseda-catering.de. Weitere Informationen hierzu erhalten Sie auch auf Anfrage über das Schulsekretariat, die/den Klassenlehrer\*in, das Ganztagssteam oder über die Homepage.

Ich Sorge dafür, dass mein Kind sich an die Abläufe und Regeln in der Betreuung hält.

**Das Fehlen des Kindes ist unverzüglich der Ganztagsbetreuung per Mail [rossdorf.jws@awo-hs.org](mailto:rossdorf.jws@awo-hs.org) bis spätestens um 13.00 Uhr am Betreuungstag mitzuteilen.**

Im Notfall erreichen Sie uns während der Betreuungszeiten unter folgender Telefonnummer: 0171-6897426.

Außerhalb der Betreuungszeiten besteht die Möglichkeit per Mail oder Tel. 06154-6025222 das Betreuungsteam zu erreichen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte (Mutter)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte (Vater)

Seite 1/3

# Ganztagsangebot/Betreuung Justin-Wagner-Schule Sj. 2024/2025



Hessen-Süd

AWO Perspektiven gGmbH

AWO Schülerbetreuung an der  
Justin-Wagner-Schule

Name des/r Schülers/Schülerin:	
Geburtsdatum:	

Allergien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bitte angeben:
Dauerhafte Krankheiten/ Einschränkungen*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bitte angeben:
Vollständiger Masern- Impfstatus vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ein vollständiger Impfstatus ist Voraussetzung für die Teilnahme am Ganztagsangebot.

Erziehungsberechtigte	Mutter	Vater
Nachname		
Vorname		
Telefon privat		
Mobil		
E-Mail-Adresse		

## Wer ist im Notfall zuerst zu informieren:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (ggf. Verwandtschaftsverhältnis)

\_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.

Hiermit bestätige ich/wir, dass die hier genannte/n Person/en zugestimmt hat/haben, dass die hier genannten Daten von der AWO Perspektiven gGmbH für die Abwicklung des Ganztagsangebotes der Justin-Wagner-Schule, gemäß der aktuell gültigen Datenschutzverordnung, erfasst und verarbeitet werden dürfen. Änderungen und Widerruf dieses Einverständnisses können jederzeit gegenüber der AWO Perspektiven gGmbH und der Justin-Wagner-Schule angezeigt werden.

Mit ansteckenden Krankheiten und mit Krankheits- und Erkältungssymptomen (siehe Anhang) dürfen Schülerinnen und Schüler nicht am Ganztage teilnehmen und müssen, falls ein Verdacht besteht, unverzüglich abgeholt werden bzw. wird nach Absprache nach Hause geschickt (z.B. ansteckende Krankheiten, Kopfläuse). Bei Rückkehr muss ein Attest vorgelegt werden (bzw. Kopie).

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind an allen Veranstaltungen im Rahmen des Ganztagsangebotes der Justin-Wagner-Schule sowie an Ausflügen und anderen Aktivitäten, die nicht auf dem Gelände der Schule stattfinden, teilnimmt.

# Ganztagsangebot/Betreuung Justin-Wagner-Schule Sj. 2024/2025



Hessen-Süd

AWO Perspektiven gGmbH

AWO Schülerbetreuung an der  
Justin-Wagner-Schule

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass meine/unsere Daten unter Beachtung der aktuellen Datenschutzbestimmungen elektronisch von der AWO Perspektiven gGmbH für die Abwicklung des Ganztagsangebotes gespeichert und verarbeitet sowie der zur Erfüllung beauftragten Personen, Unternehmen und Institutionen weitergeleitet werden. Eine Weitergabe an weitere Dritte erfolgt nicht. Die Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die gespeicherten Daten können jederzeit eingesehen, deren Änderung und Löschung verlangt werden. Dieses muss schriftlich gegenüber der AWO Perspektiven gGmbH angezeigt werden. Nach Erreichen der gesetzlich verpflichtenden Aufbewahrungszeiten werden die Daten gelöscht.

Ich/Wir nehme/n zur Kenntnis und bin/sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind bei schwer-wiegenden pädagogischen Schwierigkeiten nach Hause geschickt wird (eine telefonische Benachrichtigung erfolgt an den/die Erziehungsberechtigten). Ich/Wir werde/n für ggf. angefallene Kosten aufkommen.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind bei einer Erkrankung in ein Krankenhaus gebracht wird, falls dies vom Arzt für notwendig erachtet wird, bei gleichzeitiger Benachrichtigung an meine/unsere Adresse. Die akute Versorgung kann von meinem/unserem Eintreffen begonnen bzw. vorgenommen werden, wenn dies von ärztlicher Seite notwendig wird. Die o.g. persönlichen Daten werden dem Arzt mitgeteilt.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte (Mutter)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte (Vater)