

Anmeldeformular für die Hausaufgabenbetreuung in Prad

Zeitraum: 09.09.2024 bis 06.06.2025

Montag, Mittwoch, Donnerstag, Freitag

Angebot Hausaufgabenbetreuung

Der/die Erziehungsberechtigte _____,

Steuernummer: _____ wohnhaft in _____

PLZ _____, Strasse _____, Nr. _____, Handynummer

_____, Emailadresse _____

meldet

ihre/ihren Tochter/Sohn _____, geboren am _____ in

_____ und die/der die Klasse _____ der Grund-/Mittelschule in _____

besucht, zur Hausaufgabenbetreuung an.

Bei der **Hausaufgabenbetreuung** bieten wir Unterstützung bei den schulischen Hausaufgaben an.

Folgende Zeiten der **Hausaufgabenbetreuung** sind möglich: (bitte gewünschte Zeit ankreuzen)

| | |
|-----------------------|-------------------|
| <input type="radio"/> | 14.00 – 15.00 Uhr |
| <input type="radio"/> | 15.00 – 16.00 Uhr |
| <input type="radio"/> | 16.00 – 17.00 Uhr |

Die Teilnahmegebühr beträgt 40,00 € / Monat für 2 mal die Woche.

Die Teilnahmegebühr beträgt 50,00 € / Monat für 3-4 mal die Woche.

Anmerkungen der Eltern zu ihrem Kind _____

Hat Ihr Kind Anrecht auf spezifische Unterstützung laut Gesetz Art. 104/1992 _____ ja _____ nein

Das Angebot muss mindestens an zwei Tagen pro Woche angenommen werden.

Bitte die gewünschten Tage (mindestens zwei) ankreuzen:

| | | | | | | | |
|-----------------------|--------|-----------------------|----------|-----------------------|------------|-----------------------|---------|
| <input type="radio"/> | Montag | <input type="radio"/> | Mittwoch | <input type="radio"/> | Donnerstag | <input type="radio"/> | Freitag |
|-----------------------|--------|-----------------------|----------|-----------------------|------------|-----------------------|---------|

Anmerkungen:

- Falls der/die Schüler/in an einer Einheit nicht teilnehmen kann, muss seine/ihre Abwesenheit entschuldigt werden. Die Telefonnummer wird noch bei Start des Projektes bekannt gegeben.
- Das pädagogische Team **baut auf Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Schüler/innen und übernimmt keine Verantwortung bei vergessenen Hausaufgaben.**
- Die Bezahlung der Teilnahmegebühren erfolgt bei **Erhalt der Rechnung.**

- Ich bin damit einverstanden, dass die Betreuerinnen der Hausaufgabenhilfe im Bedarfsfall Kontakt zu einzelnen Lehrpersonen aufnehmen.

Datum und Unterschrift eines Erziehungsberechtigten: _____

- Ich gebe mein Einverständnis, dass die mitgeteilten Daten meiner Tochter/ meines Sohnes _____ gemäß der Datenschutz - EU Verordnung 2016/679 verarbeitet werden dürfen – siehe Informationsschreiben auf unserer Homepage unter dem Link <https://www.sovi.bz.it/dokumente-und-downloads/datenschutz-projekte/>

Datum und Unterschrift eines Erziehungsberechtigten: _____

- Ermächtigung zum Verlassen der Hausaufgabenhilfe in Prad von Minderjährigen unter 14 Jahren nach Betreuungsende (Art. 19-bis des GD Nr. 148/2017; Selbsterklärung laut Art. 46 und 47 des DPR Nr. 445/2000):
 - im Bewusstsein der strafrechtlichen Folgen im Falle von Falscherklärungen unter eigener Verantwortung
 - und mit Zustimmung der/des anderen Erziehungsverantwortlichen,
dass
 - unsere Tochter/ unser Sohn, wenn auch minderjährig unter 14 Jahren, aufgrund unserer Einschätzung die notwendige Reife und Selbstständigkeit aufweist, um ohne Übergabe an eine erwachsene Person selbstständig nach Hause zu gehen bzw. öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen (Weg zur Haltestelle, allfällige Wartezeit, Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln, Weg nach Hause);
 - unsere Tochter/ unser Sohn den Heimweg gut kennt und diesen schon des Öfteren alleine gegangen ist;
 - der Heimweg keine besonderen Gefahrenstellen aufweist;
 - allfällige Änderungen der oben erklärten Situationen umgehend der SOVI mitgeteilt werden;und ermächtigt die SOVI - Sozialgenossenschaft Vinschgau, dass unsere Tochter/ unser Sohn die Hausaufgabenhilfe nach Ende der Betreuungszeit alleine verlassen darf.
Die Ermächtigung hat zur Folge, dass die SOVI – Sozialgenossenschaft Vinschgau von der Aufsichtspflicht nach Ende der Betreuungszeit entbunden wird.

Datum und Unterschrift eines Erziehungsberechtigten: _____

➔ Den Antrag bitte vollständig ausgefüllt an info@sovi.bz.it senden.

Die Initiative wird mit Unterstützung der Autonomen Provinz Bozen – Familienagentur durchgeführt.