

Verein der Freunde der Albert-Schweitzer-Realschule Regensburg e. V.

Ganztagsbereich

Isarstraße 24
93057 Regensburg
Tel. 0152 38966049
E-Mail: ganztag@foerderverein-asr.de



VEREIN DER
FREUNDE DER
ALBERT-SCHWEITZER
REALSCHULE
REGENSBURG

Benachrichtigung bei Erkrankung oder Unfall - Ganztagsklasse

- freiwillige Angaben -

Sollte Ihr Kind in der Ganztagschule erkranken oder einen Unfall haben (zum Beispiel beim Toben in der Freizeit), wollen wir Sie umgehend informieren.
Selbstverständlich werden alle Angaben vertraulich behandelt.

Schüler/Schülerin: **Nachname:** **Vorname:**

im Schuljahr 2026/2027 in Klasse: Geburtsdatum:

Anschrift: Straße Hausnummer:

PLZ Wohnort:

Emailadresse (bitte gut lesbar):.....

Bei Erkrankung, einem Unfall oder einem sonstigen, wichtigen Grund sollen folgende Personen verständigt werden und dürfen die Schülerin/den Schüler ggf. auch abholen:

Mutter: Nachname: Vorname:
Festnetz: Mobil:
Arbeitsstelle Tel.:

Vater: Nachname: Vorname:
Festnetz: Mobil:
Arbeitsstelle Tel.:

oder
Erziehungsberechtigte/r: Nachname: Vorname:
Festnetz: Mobil:
Arbeitsstelle Tel.:

Weitere Vertrauensperson: Nachname: Vorname:
Festnetz: Mobil:
Arbeitsstelle Tel.:

Bitte wenden!

Weitere wichtige Informationen für die Ganztagschule

- freiwillige Angaben -

Um Ihr Kind stets richtig betreuen zu können, vor allem aber um gesundheitliche Risiken im Alltag der Ganztagschule (beim Mittagessen, in der Freizeit und in der Lernzeit bzw. den Übungsstunden) besser einschätzen zu können, bitten wir um folgende Angaben, die nur dem Team der Ganztagschule zur Information dienen. Selbstverständlich werden alle Angaben vertraulich behandelt.

Schüler/Schülerin: **Nachname:** **Vorname:**

1) ist gesund und altersgemäß belastbar: Ja Nein

2) Folgendes sollten die betreuenden Personen wissen (z. B. Allergien, Diabetes, sonstige Erkrankungen, Auffälligkeiten, Besonderheiten, ...):

.....
.....

Wichtige Notfallmaßnahmen:

.....
.....

3) ist Brillenträger: Ja Nein

4) nimmt regelmäßig Medikamente Ja Nein

Wenn ja, welche?

5) darf folgende Sportarten nicht ausüben:

.....

6) Sorgerecht:

gemeinsames Sorgerecht nur Mutter nur Vater

Kind wohnt bei Eltern Mutter Vater

weiterer Erziehungsberechtigte/r:

7) Für die konkrete Zusammenarbeit (z. B. im Rahmen eines Projekts): Würden Sie uns Ihren

Beruf verraten? Mutter: Vater:

8) Herkunftssprache: Mutter: Vater:

9) Ich bin damit einverstanden, dass die pädagogische Fachkraft in den Übungsstunden die Noten meines Kindes erfährt, um entsprechend reagieren zu können.

Ja Nein

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten



Einwilligung in die Veröffentlichung von personenbezogenen Daten (einschließlich Fotos)

Sehr geehrte Erziehungsberechtigte, liebe Schülerinnen und Schüler,

in geeigneten Fällen wollen wir Informationen über Ereignisse aus unserem Schulleben - auch personenbezogen - einer größeren Öffentlichkeit zugänglich machen. Wir beabsichtigen daher, insbesondere im Rahmen der pädagogischen Arbeit oder von Schulveranstaltungen entstehende Texte und Fotos zu veröffentlichen. Neben Klassen- und Gruppenfotos kommen hier etwa Fotos und personenbezogene Informationen über Schulausflüge, Schülerfahrten, den Alltag der Ganztagschule, Freizeitangebote, Feste, Exkursionen, Wettbewerbe und Projekte oder den „Tag der Offenen Tür“ in Betracht.

Hierzu möchten wir im Folgenden Ihre / Eure Einwilligung einholen.

.....

Nachname der Schülerin/des Schülers	Vorname	Geburtsdatum	Klasse
----------------------------------------	---------	--------------	--------

Hiermit willige ich / willigen wir in die Veröffentlichung von personenbezogenen Daten einschließlich Fotos der oben genannten Person in folgenden Medien ein:

- | | | |
|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ja / | nein | Jahresbericht der Schule
(soweit Veröffentlichung nicht bereits nach Art. 85 Abs. 3 Bayerisches Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen zulässig) |
| ja / | nein | örtliche Tagespresse (ggf. einschließlich online-Ausgabe) |
| ja / | nein | World Wide Web (Internet) unter der Homepage der Schule www.asr-regensburg.de oder des Fördervereins www.foerderverein-asr.de zur Darstellung der Ganztagsangebote (Siehe hierzu den Hinweis unten!) |
| ja / | nein | Präsentationen zur Ganztagschule für Eltern oder bei Fortbildungen |

Die Rechteinräumung an den Fotos erfolgt ohne Vergütung und umfasst auch das Recht zur Bearbeitung, soweit die Bearbeitung nicht entstellend ist. Klassenfotos werden nur im Jahresbericht veröffentlicht und lediglich mit alphabetischen Namenslisten versehen; ansonsten werden den Fotos **keine Namensangaben** beigefügt. Ton- und Videoaufnahmen sind von dieser Einwilligung nicht umfasst.

Die Einwilligung ist jederzeit **schriftlich** bei der Schulleiterin/dem Schulleiter mit Wirkung für die Zukunft widerruflich. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Wird die Einwilligung nicht widerrufen, gilt sie zeitlich unbeschränkt, d. h. über das Schuljahr und auch über die Dauer der Schulzugehörigkeit hinaus. Die Einwilligung ist freiwillig. Aus der Nichterteilung oder dem Widerruf der Einwilligung entstehen keine Nachteile.

[Ort, Datum]

_____ und _____
[Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten] [ab dem 14. Geburtstag: Unterschrift der Schülerin / des Schülers]

Veröffentlichungen im Internet / Datenschutzrechtlicher Hinweis:

Bei einer Veröffentlichung im Internet können die personenbezogenen Daten (einschließlich Fotos) weltweit von beliebigen Personen abgerufen und gespeichert werden. Die Daten können damit etwa auch über Suchmaschinen aufgefunden werden. Dabei kann nicht ausgeschlossen werden, dass andere Personen oder Unternehmen die Daten mit weiteren im Internet verfügbaren personenbezogenen Daten verknüpfen und damit ein Persönlichkeitsprofil erstellen, die Daten verändern oder zu anderen Zwecken verwenden oder an andere Personen weitergeben.



Erklärung über die Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht

Name, Vorname des Kindes: _____

Klasse: _____

Name der Erziehungsberechtigten: _____

Ich/Wir entbinde/n die pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Vereins der Freunde der Albert-Schweitzer-Realschule Regensburg e. V., die an der *Albert-Schweitzer- Realschule* eingesetzt sind, sowie

- die Lehrkräfte der Klasse meines/unseres Kindes
- die Schulsozialpädagoginnen und -pädagogen im Rahmen des Programms "Schule öffnet sich" und
- die Schulleitung

der *Albert-Schweitzer-Realschule* im Hinblick auf die pädagogisch gewonnenen Erkenntnisse über mein/unser Kind jeweils gegenseitig von der diesem bzw. mir/uns gegenüber bestehenden gesetzlichen Schweige-/Verschwiegenheitspflichten, soweit dies dem Wohl und der Förderung des Kindes dienlich erscheint und im Rahmen eines vertrauensvollen Zusammenwirkens zwischen Schule und Kooperationspartner zur Aufgabenerfüllung im schulischen Ganztagsangebot als schulische Veranstaltung erforderlich ist.

Diese Erklärung umfasst nicht einen etwaigen Austausch mit Beratungslehrkräften sowie Schulpsychologinnen und Schulpsychologen. Hierfür wäre eine gesonderte, anlassbezogene Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht erforderlich. Dies gilt auch für anlassbezogen arbeitende Schulsozialpädagoginnen und -pädagogen der Jugendsozialarbeit an Schulen (JaS).

Diese Erklärung gilt für das Schuljahr **2026/2027**.

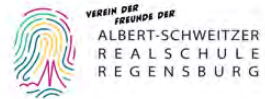
Die Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht berechtigt die oben bestimmte/n Person/en nicht, die erhaltenen Informationen gegenüber dritten Personen zu verwenden. Alle Informationen werden vertraulich behandelt.

Meine Einwilligung über die Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht habe ich freiwillig abgegeben. Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir diese Erklärung zur Entbindung von der Schweige-/Verschwiegenheitspflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Anmeldung zum Mittagessen im Schuljahr 2026/2027 für die Ganztagsklasse



Name des Schülers / der Schülerin: _____

im Schuljahr 2026/2027 in Klasse/Jahrgangsstufe: _____

Hiermit bestelle ich verbindlich für meine Tochter / meinen Sohn ein Mittagessen (einschließlich Getränk und Obst als Pausensnack):

Monatspauschale (für 11 Monate von Oktober bis August)	4 Tage pro Woche
für das Mittagessen	85,00 €

- Ich werde die Übernahme der Kosten für die Mittagsverpflegung beantragen, weil ich derzeit eine der folgenden Leistungen erhalte: Jobcenterleistungen, Wohngeld, Grundsicherung, Asylbewerberleistungen, Kinderzuschlag (Bitte Lastschriftmandat trotzdem ausfüllen!)

Zusätzliche Angaben:

- kein Schweinefleisch kein Rindfleisch vegetarisch

- Lebensmittelallergie - welche? _____
Bei Allergien bitte ärztliches Attest vorlegen.
(Änderungen bitte schriftlich durch einen Erziehungsberechtigten eine Woche im Voraus mitteilen!)

Eine Änderung der Essensbestellung ist jeweils **schriftlich bis 20. eines Monats für den Folgemonat** möglich. Für Feier- und Ferientage sind bei der Monatspauschale bereits berücksichtigt. Bei längeren Erkrankungen (ab zwei Wochen) wird die Monatspauschale entsprechend reduziert.

Bezahlung durch SEPA-Lastschriftmandat:

Mandatsreferenz (Nr. wird zugeteilt):

Ich/Wir ermächtige(n) den „**Verein der Freunde der Albert-Schweitzer-Realschule Regensburg e. V.**“, Isarstraße 24, 93057 Regensburg (Kooperationspartner für die Ganztagschule), die jeweilige **Essenspauschale** monatlich **jeweils zum 05. eines Monats** für den Vormonat von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, so verschiebt sich der Einzug auf den ersten folgenden Werktag. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom „Verein der Freunde der Albert-Schweitzer-Realschule Regensburg e. V.“ auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____

Bank: _____

IBAN: DE _____

Ort, Datum

Unterschrift

Wir bitten Sie sehr herzlich, Änderungen bei Ihrer Bankverbindung möglichst bald mitzuteilen. Rücklastschriften verursachen derzeit Kosten in Höhe von ca. 4,00 €, die wir Ihnen dann wiederum in Rechnung stellen müssten.

Albert-Schweitzer-Realschule, Ganztagschule, Ansprechpartnerin: Frau Hrubesch (Tel. 0152 38966049)
Bankverbindung: Raiffeisenbank Oberpfalz Süd, BIC: GENODEF1DST, IBAN: DE07 7506 2026 0100 1503 39
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE52GTS00000259284