

# Anlage zum Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe

Bestätigung der KITA bzw. Schule über eintägige Ausflüge oder mehrtägige Fahrten

## 1. Daten zum Kind

(vom Antragsteller auszufüllen)

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Name, Vorname Antragsteller   |  | Name, Vorname des Kindes                   |  | Geburtsdatum   |  |
| Anschrift   |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass die für die Bearbeitung des Antrages zuständige Stelle die erforderlichen Daten bei der KITA bzw. Schule einholt und entbinde die zuständige Fachkraft von der Schweigepflicht. Die Zustimmung wird von mir freiwillig abgegeben. Ein Widerruf der Erklärung ist durch mich jederzeit möglich. |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Ich werde die Bestätigung der KITA oder der Schule selbst beibringen.  |  |  |  |  |  |
| Ort, Datum  |  | Unterschrift Antragsteller/Antragstellerin |  | Ort, Datum   |  |
|   |  |  |  | Unterschrift des gesetzlichen Vertreters minderjähriger Antragstellerinnen/Antragsteller |  |

## 2. Besuchte

KITA

Schule

(von der KITA bzw. Schule auszufüllen)

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Name der Einrichtung  |  | Anschrift                              |  |
| Ansprechpartner   |  | Telefonnummer                          |  |
|   |  | E-Mail                                 |  |
| <b>A - Eintägige Ausflüge</b>   |  |  |  |
| Die o. g. Einrichtung führt am _____ einen Tages-Ausflug durch.   |  |  |  |
| Ziel: _____   |  |  |  |
| Die Kosten betragen (ohne den Anteil für Taschengeld) _____ Euro.   |  |  |  |
| <b>B - Mehrtägige Fahrten</b>   |  |  |  |
| Die o. g. Einrichtung führt vom _____ bis _____ eine mehrtägige Gruppenfahrt durch.   |  |  |  |
| Ziel: _____   |  |  |  |
| Die Kosten betragen (ohne den Anteil für Taschengeld) _____ Euro.   |  |  |  |
| Es handelt sich um eine Fahrt gemäß den Verwaltungsvorschriften Schulfahrten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |  |  |  |
| <b>Kontoverbindung zu A) und B) bei Direktzahlung an die o. g. Einrichtung</b>  |  |  |  |
| Kreditinstitut  |  | Kontoinhaber/in                        |  |
|   |  | Fälligkeit                             |  |
| IBAN  |  | BIC                                    |  |
|   |  |  |  |
| Ort, Datum  |  | Unterschrift der zuständigen Fachkraft |  |
|   |  | Stempel der Einrichtung                |  |

Ich verpflichte mich, die Angaben, Vorgänge und Unterlagen des o. g. Antragstellers vertraulich zu behandeln. Mir ist bekannt, dass die bezüglich dieses Antrages im Rahmen des Bildungs- und Teilhabepakets gewonnenen Daten und Informationen weder mündlich noch schriftlich weitergegeben werden, oder anderweitig zugänglich gemacht werden dürfen. Ausgenommen hiervon ist die Weitergabe von Daten zum Zweck der rechtmäßigen Aufgabenerfüllung. Die Pflicht zur vertraulichen Behandlung bleibt auch über das Antragsverfahren hinaus grundsätzlich bestehen.

Ort, Datum

Name und Unterschrift der zuständigen Lehrkraft

Stempel der Schule