

Anmeldung zur Frühstücksbetreuung FGTS Hüttersdorf

Personalien des Schülers/in:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Klassenstufe
(z.Z. der Anmeldung)

Hiermit melde/n ich/wir mein/unser Kind ab _____ für das Schuljahr _____
an. (Datum)

Frühbetreuung

Betreuung von Montag bis Freitag von 07:00 – 08:00 Uhr

Elternbeitrag **20,00 €/Monat**

Zuzüglich ein Entgelt von 0,70 € für das Frühstück/Tag

(ggfls. bitte ankreuzen)

oder

Tageweise Frühbetreuung **2,00 €/Tag**

Betreuung an einzelnen Tagen von 07:00 – 08:00 Uhr

Zuzüglich ein Entgelt von 0,70 € für das Frühstück/Tag

Mo:

Di:

Mi:

Do:

Fr:

(ggfls. bitte ankreuzen)

Der Elternbeitrag für die Frühstücksbetreuung beläuft sich auf **20,00** Euro im Monat und bei tageweiser Teilnahme **2,00** Euro/Tag. Geschwisterkinder zahlen **15,00** Euro/Monat bzw. **1,50** Euro/Tag. Zusätzlich ist ein Entgelt von 0,70 Euro/Frühstück zu zahlen.

Das Angebot „Frühstücksbetreuung“ wird nur eingerichtet und betrieben, wenn sich genügend Kinder (mind. 10) anmelden.

Personalien der Erziehungsberechtigten:

Namen des Erziehungsberechtigten

Name des Erziehungsberechtigten

Straße, Hausnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

PLZ, Wohnort

Telefon, Handy

Telefon, Handy

E-Mail

E-Mail

Einverständniserklärung

Es finden die verbindlichen Regelungen über die Nachmittagsbetreuung an der freiwilligen Ganztagschule in der Gemeinde Schmelz auf dieses Vertragsverhältnis sinngemäß Anwendung. Mit meiner Unterschrift erkenne ich diese Vertragsbedingungen an.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel der Gemeinde

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: **Gemeindekasse Schmelz**
Rathausplatz 1
66839 Schmelz

Gläubigeridentifikationsnummer: **DE73ZZZ00000057728**

Mandatsreferenz (Kassenzeichen): _____

Forderungsart: **Elternbeitrag FGTS und Essensbeitrag**

Name des Kindes/der Kinder: _____
(Bitte den Namen des Kindes/der Kinder eintragen)

1. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Gemeindekasse Schmelz Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gemeindekasse Schmelz auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Im Falle der Nichteinlösung einer fälligen Zahlung oder einer unberechtigten Rückbelastung, werden Ihnen die hieraus entstehenden Kosten auf Ihrem Kundenkonto belastet und das SEPA-Mandat gelöscht.

Angaben zum Kontoinhaber:

Vorname und Name: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut: _____

(Kontonummer)

(Bankleitzahl)

BIC (11-stellig): _____ | _____

IBAN (22-stellig): DE ____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

Datum, Ort und Unterschrift (Kontoinhaber)

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Gemeindekasse Schmelz über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren.

Im Falle der Nicht-Einlösung einer fälligen Zahlung oder einer unberechtigten Rückbelastung werden Ihnen die hieraus entstandenen Kosten auf ihrem Kundenkonto belastet und das SEPA-Mandat gelöscht.