

Markt Wartenberg

Anmeldeformular zur Mittagsbetreuung an der Grundschule Wartenberg

Mittagsbetreuung, Handy-Nr.: 0160 / 364 19 02

E-Mail: mittagsbetreuung@pettenbeck-schule.de

Vor- und Nachname des Kindes:

Geburtsdatum:

Name Erziehungsberechtigte(r):

Anschrift:

Tagsüber erreichbar unter Telefon-Nr.:

E-Mail Adresse:

Abholung des Kindes, von wem:

wann:

Heim gehen, wann:

Aufnahme ab (Datum):

Betreuungstage: Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Betreuung bis 14.00 Uhr an bis zu 3 Schultagen je Woche: Gebühr 44,00 € monatlich

Betreuung bis 14.00 Uhr an bis zu 5 Schultagen je Woche: Gebühr 60,00 € monatlich

Essen am: Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag

Essen monatlich 20,00 € an 1 Tag wöchentlich

Essen monatlich 40,00 € an 2 Tagen wöchentlich

Essen monatlich 60,00 € an 3 Tagen wöchentlich

Essen monatlich 80,00 € an 4 Tagen wöchentlich

Die Gebühren für die Mittagsbetreuung an der Grundschule werden unter Beachtung der Mittagsbetreuungsgebührensatzung in der jeweils geltenden Fassung erhoben. Die Benutzung der Mittagsbetreuungseinrichtung ist in der Mittagsbetreuungsatzung in der jeweils geltenden Fassung geregelt.

Die jeweils geltenden Satzungen finden Sie auf der Homepage des Marktes Wartenberg.

<https://www.vg-wartenberg.de/wartenberg/satzungen-verordnungen/>

Die Anmeldung ist für ein Schuljahr gültig und endet automatisch zum Schuljahresende.

Wartenberg, _____

Personensorgeberechtigte(r)

Schulleitung

Markt Wartenberg

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Markt Wartenberg widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

2. SEPA - Lastschrift - Mandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Markt Wartenberg, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Markt Wartenberg auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsform: wiederkehrende Zahlung

Hinweis: Bitte sorgen Sie dafür, dass Ihr Konto zum Zeitpunkt der Fälligkeit eine **ausreichende Deckung** aufweist, da nach einer erfolglosen Abbuchung ein neues Mandat notwendig wird. Die dadurch entstehenden Bankgebühren müssen von Ihnen getragen werden.

<input type="checkbox"/>	Kontoinhaber	<input type="checkbox"/>	abweichender Kontoinhaber
Name, Vorname:			
Straße, Hausnummer:			
Postleitzahl, Ort:			
Kreditinstitut (Name):			
IBAN			
BIC (Bank Identifier Code):			
X _____		X _____	

(Datum)

(Unterschrift Kontoinhaber)