

REALSCHULE PLUS Flonheim

1. Persönliche Daten

Name, Vorname des Kindes

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Name, Vorname der Sorgeberechtigten

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Name, Vorname des Sorgeberechtigten

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Schuljahr der Teilnahme

derzeitige Klasse

Tel. für Rückfragen

2. Mittagsverpflegung

Die Mittagsverpflegung wird an Schultagen von Montag bis Donnerstag angeboten.

Erklärung

Ich/Wir als Sorgeberechtigte für das unter Nr. 1 bezeichnete Kind, erkläre/erkläre mich/uns mit meiner/unserer eigenhändigen Unterschrift, dass ich/wir von den beiden Satzungen über die Betreuenden Grundschulen und über die Mittagsverpflegung Kenntnis genommen habe(n) und uns mit den dortigen Regelungen einverstanden erkläre(n). Insbesondere ist mir/uns bewusst, dass diese Anmeldung für das **komplette** Schuljahr (jeweils vom 01.08. – 31.07. eines jeden Jahres) gilt. Eine Abmeldung von dem Betreuungsangebot sowie von der Mittagsverpflegung vor Ende eines Schuljahres ist **nur** unter den in den Satzungen genannten wichtigen Gründen möglich. Sollte ich/wir mein/unser Kind vor Ablauf des Schuljahres von den beiden Angeboten abmelden und es liegt ein solch wichtiger Grund nicht vor, ist mir/uns bewusst, dass ich von der monatlichen Zahlung der entsprechenden Gebühren nicht entbunden werden kann. Die beiden maßgeblichen Satzungen können auf unserer Homepage: www.alzey-land.de, oder bei der Verbandsgemeindeverwaltung Alzey-Land, Frau Leonhard, Zimmer 16, Weinrufstraße 38, 55232 Alzey eingesehen werden.

Ort, Datum

Unterschrift **beider** Sorgeberechtigter

bitte wenden!

REALSCHULE PLUS Flonheim

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Ich ermächtige/wir ermächtigen die Verbandsgemeindeverwaltung Alzey-Land, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Verbandsgemeindeverwaltung Alzey-Land 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 dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Meine/Unsere Bankverbindungsdaten lauten wie folgt:

Name/Vorname der/des Kontoinhaber/s

Name des Kreditinstituts

IBAN: DE ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber