

Grundschule Albig

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. Betreuungszeit

Die Betreuung findet nur an Schultagen statt. Die Anmeldung erfolgt für (bitte ankreuzen):

- Angebot 1: max. Betreuungszeit: Montag-Freitag, 12.00 - 14.00 Uhr (Teilnahme an Mittagsverpflegung nicht möglich)
- Angebot 2: max. Betreuungszeit: Montag-Donnerstag, 12.00 – 16.00 Uhr, Freitag 12.00 – 14.00 Uhr *)
- *) Erfolgt die Anmeldung für Angebot 2, ist die Teilnahme am gemeinsamen Mittagessen Pflicht (Angaben unter Punkt 3 Mittagsverpflegung erforderlich).

3. Mittagsverpflegung

Die Mittagsverpflegung wird an Schultagen von Montag bis Donnerstag angeboten. Die Anmeldung erfolgt für (bitte ankreuzen):

- 4 Tage/Woche Teilnahme: Montag bis Donnerstag
- 3 Tage/Woche Wochentage der Teilnahme: _____
- 2 Tage/Woche Wochentage der Teilnahme: _____

4. Erklärung

Ich/Wir als Sorgeberechtigte für das unter Nr. 1 bezeichnete Kind, erkläre/erklären 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 solcher 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

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die Verbandsgemeindekasse Alzey-Land, (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000020115) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Verbandsgemeindekasse Alzey-Land auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: 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.

Name, Vorname der/des Kontoinhaber/s Name des Kreditinstitutes

IBAN: _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _

BIC: _ _ _ _ _

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers bzw. beider Kontoinhaber