

Grundschule Gau-Odernheim

Anmeldung zur Betreuung

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. Eine Teilnahme an der Mittagsverpflegung ist nicht möglich. Die Anmeldung erfolgt für (bitte ankreuzen):

max. Betreuungszeit: Montag-Freitag, 12.00 - 13.00 Uhr *)

*) Bitte gewünschte Betreuungszeit auswählen: Mo Di Mi Do Fr

max. Betreuungszeit: Freitag 12.00 – 15.00 Uhr *)

*) Bitte gewünschte Betreuungszeit auswählen: bis 13.00 Uhr bis 14.00 Uhr bis 15.00 Uhr

3. 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 der Satzung über die Betreuenden Grundschulen 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 vor Ende eines Schuljahres ist **nur** unter den in der Satzung genannten wichtigen Gründen möglich. Sollte ich/wir mein/unser Kind vor Ablauf des Schuljahres von dem Angebot 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 maßgebliche Satzung kann auf unserer Homepage: www.alzey-land.de, oder bei der Verbandsgemeindeverwaltung Alzey-Land, Frau Hübel, Zimmer 3, 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