Gemeinde Siegsdorf
Mittagsbetreuung
Blaue-Wand-Str. 2
83313 Siegsdorf

ANMELDEBLATT

Hiermit melde ich mein Kind (Name, Vorname/n - Rufname bitte unterstrichen) Geburtsdatum, Geburtsort

.....

Anschrift (Straße, Haus-Nr. , PLZ, Ort, Telefon-Nr.): Staatsangehörigkeit Konfession

.....

in der o.g. Einrichtung an. **Der Besuch der Mittagsbetreuung erfolgt ab** .....

Mein Kind kommt in die ..... Klasse

Die Anmeldung zur Mittagsbetreuung gilt grundsätzlich für das gesamte Schuljahr.

Eltern	Vater	Mutter
Familienname (ggf. Geburtsname)	.....	.....
Vorname	.....	.....
Telefonisch erreichbar unter Telefon-Nr.:	privat beruflich	privat beruflich .....
Email:	.....	.....

Berufstätig
Wenn ja, ...
täglich von - bis [ ] nein [ ] ja [ ] nein [ ] ja

Familienstand [ ] ledig [ ] verheiratet [ ] verwitwet
[ ] geschieden [ ] getrennt lebend seit: .....
[ ] alleinerziehend

an welchen Tagen wird die Mittagsbetreuung beansprucht: [ ] Mo. [ ] Die. [ ] Mi. [ ] Do. [ ] Fr. [ ] jeden Tag

Abholzeiten sind um 13.00 und um 14.00 Uhr. Um 14.00 Uhr steht keine Schülerbeförderung zur Verfügung.

Anschrift der Eltern
(falls abweichend vom Kind) .....

Benachrichtigung im Notfall
(Name, Telefon-Nr.) .....

Hat das Kind einen Vormund [ ] nein [ ] ja Wenn ja, Name und Anschrift des Vormundes

.....

Hat das Kind etwaige **zu berücksichtigende gesundheitliche Umstände**

.....

Sonstige Bemerkungen

.....

Mit der Entrichtung der Gebühr von monatlich 40,00 € mittels beiliegendem SEPA-Lastschriftverfahren sind wir einverstanden.

.....

Ich/wir sind damit einverstanden, dass das Betreuungspersonal ggf. über die schulische Situation des Kindes mit der Lehrkraft sprechen kann.

....
Ort, Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Zahlungsempfänger: Gemeinde Siegsdorf Rathauspl. 1 83313 Siegsdorf
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55ZZZ00000110723

/ WIRD SEPARAT MITGETEILT

FAD / Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

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 Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/ wir von meinem/ unserem Kreditinstitut erhalten kann/ können.

Name des Kontoinhabers

Name und Vorname

Anschrift des Kontoinhabers

Straße *Hausnummer*

Postleitzahl *Ort*

Land

Kreditinstitut

Name und Ort

Konto

IBAN (International Bank Account Number)

Unterschrift(en)

Ort *Datum*

Unterschrift(en)

gilt für ☐ ***alle** gemeindlichen Forderungen*

gilt **nur** für ☐ *Grundsteuer* ☐ *Gewerbesteuer* ☐ *Hundesteuer* ☐ _____

☐ *Wasser/Kanal* ☐ *Zweitwohnungsteuer* ☐ *Kurbeitrag* ☐ _____

Bitte zurücksenden an:

Gemeinde Siegsdorf
Rathauspl. 1
83313 Siegsdorf