

Anmeldung zur Freiwilligen Ganztagschule FGTS Schmelz-Dependance Limbach

Personalien des Schülers/in:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Klassenstufe
(z.Z. der Anmeldung)

Hiermit melde/n ich/wir mein/unser Kind ab _____ für das Schuljahr _____ an.
(Datum)

Kurzes Angebot

Mittagessen, ungebundene Freizeit, Hausaufgabenbetreuung

Elternbeitrag **30,00 €/Monat**, mit Geschwisterrabatt **20,00 €/Monat** (einschl. Ferienbetreuung)

Sonstige Entgelte (Getränke und Snacks): **1,00 €/Monat**

Betreuung von Montag bis Freitag:

bis 15.00 Uhr

Langes Angebot

Mittagessen, ungebundene Freizeit, Hausaufgabenbetreuung und päd. Freizeitangebot

Elternbeitrag **60,00 €/Monat**, mit Geschwisterrabatt **40,00 €/Monat** (einschl. Ferienbetreuung)

Sonstige Entgelte (Getränke und Snacks): **2,00 €/Monat**

Betreuung von Montag bis Freitag:

bis 17.00 Uhr

Geschwisterkind: _____

(Nur ausfüllen, wenn das Geschwisterkind in der gleichen oder einer anderen FGTS angemeldet ist. Nach Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung wird ein Geschwisterrabatt gewährt, siehe §6.)

Anmeldung Mittagessen:

ja

nein

normal

ohne Schweinefleisch

vegetarisch

Für das Mittagessen wird z.Z. ein Entgelt in Höhe von **4,20 €/Essen** erhoben. Eine tägliche An- bzw. Abmeldung vom Mittagessen muss in der Zeit zwischen **07:00 – 08:00 Uhr** unter folgender Telefonnummer **0151/14627840** erfolgen.

Personalien der Erziehungsberechtigten:

_____ Namen des Erziehungsberechtigten	_____ Name des Erziehungsberechtigten
_____ Straße, Hausnummer	_____ Straße, Hausnummer
_____ PLZ, Wohnort	_____ PLZ, Wohnort
_____ Telefon, Handy	_____ Telefon, Handy
_____ E-Mail	_____ E-Mail

Einverständniserklärung

Es finden die verbindlichen Regelungen über die Nachmittagsbetreuung an der freiwilligen Ganztags-
schule in der Gemeinde Schmelz auf dieses Vertragsverhältnis sinngemäß Anwendung. Mit meiner
Unterschrift erkenne ich diese Vertragsbedingungen an.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel der Gemeinde

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Gemeindekasse Schmelz
Rathausplatz 1
66839 Schmelz

Gläubigeridentifikationsnummer: DE73ZZZ00000057728

Mandatsreferenz (Kassenzeichen): _____

Forderungsart: **Elternbeitrag FGTS und Essensbeitrag**

Name des Kindes/der Kinder: _____
(Bitte den Namen des Kindes/der Kinder eintragen)

1. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Gemeindekasse Schmelz Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gemeindekasse Schmelz auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Im Falle der Nichteinlösung einer fälligen Zahlung oder einer unberechtigten Rückbelastung, werden Ihnen die hieraus entstehenden Kosten auf Ihrem Kundenkonto belastet und das SEPA-Mandat gelöscht.

Angaben zum Kontoinhaber:

Vorname und Name: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut: _____

(Kontonummer)

(Bankleitzahl)

BIC (11-stellig): _____ | _____

IBAN (22-stellig): DE ____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

Datum, Ort und Unterschrift (Kontoinhaber)

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Gemeindekasse Schmelz über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren.

Im Falle der Nicht-Einlösung einer fälligen Zahlung oder einer unberechtigten Rückbelastung werden Ihnen die hieraus entstandenen Kosten auf ihrem Kundenkonto belastet und das SEPA-Mandat gelöscht.