

## Anmeldung

ab: \_\_\_\_\_

..... Vor- und Zuname der Erziehungsberechtigten	..... Vor- und Zuname des Kindes
..... Straße	..... Geburtsdatum
..... PLZ Wohnort	..... Klasse (ab Sept.)
..... ☎ privat	..... ☎ beruflich
..... Weitere Kontaktadressen für den Notfall	
..... Name, Telefon	..... Hausarzt, Telefon
..... Ggf. besonders zu beachtende Umstände (z.B. gesundheitliche Probleme):	
.....	

Mein/Unser Kind wird zur Mittagsbetreuung an der Grundschule Stephansposching (Unterrichtsende bis spätestens 14.00 Uhr) verbindlich angemeldet. Ich/Wir sind damit einverstanden, dass das Mittagsbetreuungspersonal mit den Lehrkräften der Schule im Hinblick auf die Situation des Kindes Informationen austauscht. Mir/Uns ist bekannt, dass ich jede Änderung der für mein/unser Kind vereinbarten Schlusszeit der Mittagsbetreuung schriftlich mitteilen muss.

Mein/Unser Kind wird die Mittagsbetreuung an nachstehenden Wochentagen besuchen

Montag    Dienstag    Mittwoch    Donnerstag    Freitag

Ich/Wir sind bereit, für die Mittagsbetreuung den monatlichen Elternbeitrag zu leisten. Er beträgt bei einem Besuch der Mittagsbetreuung an max. 2 Tagen/wöchentlich 10,-- €, bei einem Besuch von mindestens 3 Tagen/wöchentlich 20,-- €. Der Elternbeitrag wird ungeachtet der Ferienzeit 11 Monate jährlich mit Ausnahme des Monats August bezahlt. Der Beitrag wird auch dann voll entrichtet, wenn das Kind nicht immer die Betreuung beansprucht (z.B. Krankheit usw.). Eine Abmeldung (schriftlich) kann zum Monatsende mit einer Frist von 2 Wochen erfolgen. Bis zum jeweiligen Monatsende wird die volle Gebühr bezahlt.

### Lastschriftinzugsermächtigung

(Bankverbindung des/der Erziehungsberechtigten)

siehe Rückseite

Bitte unbedingt ausfüllen und unterzeichnen.

#### Verteiler:

- > Schule
- > Betreuungspersonal
- > Gemeindekasse

-----  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Zahlungsempfänger / Creditor's name:

Gemeinde Stephansposching, Deggendorfer Str. 6,  
94569 Stephansposching

Gläubiger-Identifikationsnummer/ Creditor Identifier:

DE52ZZZ00000178192

Mandatsreferenz / Mandate reference

WIRD SEPARAT MITGETEILT

## 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.

## SEPA Direct Debit Mandate

By signing this mandate form, you authorise Gemeinde Stephansposching to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from Gemeinde Stephansposching.

### Notes:

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.

—  
Name des Kontoinhabers  
/ Name of the debtor(s)

FAD

Name und Vorname / name and first name

Anschrift des Kontoinhabers  
/ Your address

Straße / street name

Hausnummer / street nr

Postleitzahl / postal code

Ort / city

Land / country

Kreditinstitut  
/ Name of bank

Name und Ort / name and city

Konto  
/ Your account number

BIC (Bank Identifier Code)

IBAN (International Bank Account Number)

Unterschrift(en)  
/ Signature(s)

Ort / location

Datum / date

→→→→



—  
Unterschrift(en) / signature(s)

gilt nur für

Mittagsbetreuung