



ORTSGEMEINDE KLINGENMÜNSTER

- Ortsbürgermeisterin -

Verbandsgemeinde Bad Bergzabern - Landkreis Südliche Weinstraße

Anmeldung für die Betreuende Grundschule

Hiermit melde ich mein/unser Kind aus der 3. Klasse/ aus der 4. Klasse

Name: _____

Geburtsdatum: _____

in der Betreuenden Grundschule, Schuljahr ____ / ____ ,für den unten angegebenen Zeitraum an.

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

1 Std. Betreuung täglich bis 14 Uhr (Kosten = 10,00 €)*

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

2 Std. Betreuung täglich bis 15 Uhr (Kosten = 20,00 €)*

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

3 Std. Betreuung täglich bis 16 Uhr (Kosten = 30,00 €)*

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

Sollten mehr Anmeldungen eingehen als Plätze vorhanden sind (20 Kinder pro Tag/Gruppe, max.3 Gruppen insgesamt), müssen wir nach Anmeldungstermin vorgehen. Bitte geben Sie die Anmeldung im Sekretariat der Schule ab.

Abgabeschluss der Anmeldung: 6 Wochen vor den Sommerferien!

Das **Abholen** des Kindes ist zu jeder **vollen Stunde** möglich.

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Mein Kind nimmt an den angemeldeten Tagen am Mittagessen teil. (Kosten 4,55 € pro Essen)

Mein Kind nimmt an den angemeldeten Tagen nicht am Mittagessen teil. Ein „Lunchpaket“ wird für die Mittagessenszeit von zu Hause mitgegeben.

Datum

Unterschrift

* Die Kosten beziehen sich auf jeweils einen Monat. Die Berechnung der Tagessätze wird in der VG BZA von Frau Platz vorgenommen. Bitte wenden Sie sich bei diesbezüglichen Fragen an sie.

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE6295000000940044

Mandatsreferenz

Zahlungspflichtiger

Verbandsgemeindekasse

Bad Bergzabern
Königstraße 61
76887 Bad Bergzabern

Zahlungsgrund

Wiederkehrende Zahlungen aufgrund:
Rechnung
für Objekt:
Elternbeitrag Betr. Grundschule

Buchungsnummer:

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Ich ermächtige | Wir ermächtigen die **Verbandsgemeindekasse Bad Bergzabern**, Zahlungen von meinem | unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein | weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Verbandsgemeindekasse Bad Bergzabern auf mein | unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Einzug soll ab: **sofort** oder ab: . .**202** erfolgen.

Hinweis: Ich kann | Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem | unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Meine | Unsere Bankverbindungsdaten lauten wie folgt:

Name des Kreditinstitutes

IBAN

_____|_____|_____

BIC

(Anm.: IBAN und BIC können Sie Ihrem Kontoauszug entnehmen.)

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Nur ausfüllen, wenn **Kontoinhaber** mit dem oben angegebenen Zahlungspflichtigen **nicht identisch** ist.

Name

Straße & Hausnummer

Vorname

PLZ & Ort

Bitte senden Sie das Mandat unterschrieben im Original zurück!