

Anmeldung

Hiermit melde ich mein Kind:

Name: _____

Eltern: _____

Wohnort: _____

Straße: _____

Telefon-Nr.: _____ (für ständige Erreich-

Handy-Nr.: _____ barkeit im Notfall)

ab dem _____

für die verlässliche Grundschule (Kernzeitbetreuung) an.

- bis 13.00 Uhr
- bis 14.00 Uhr
- bis 15.00 Uhr
- bis 16.30 Uhr

Mein Kind

- darf alleine nach Hause gehen ja nein
- darf zu den AG`s geschickt werden ja nein
- darf zu außerschulischen Aktivitäten geschickt werden
 ja nein
- darf außerhalb von der Kernzeit nach Ende warten
 ja nein

Ich habe die beiliegende Benutzungsordnung zur Kenntnis genommen.

Unterschrift

Festsetzung des Beitrages

1. Kind	30,00 € bis 13.00 Uhr 80,00 € bis 16.30 Uhr	50,00 € bis 14.00 Uhr	60,00 € bis 15.00 Uhr
2. Kind	15,00 € 40,00 €	25,00 €	30,00 €

Abbuchungsermächtigung

siehe beiliegendes Blatt (SEPA-Lastschriftmandant)

Leimbachtalschule Dielheim



Pestalozzistr. 11 69234 Dielheim Tel.:06222 / 98 28 0

Fax:06222 / 98 28 17

E-Mail sekretariat@leimbachtalschule.de

Sehr geehrte Eltern,

bitte tragen Sie in die Tabelle ein zu welchen Zeiten Ihr Kind die Kernzeit besucht.
Vielen Dank!

Name des Kindes: _____ Anmeldung gilt ab dem: _____

Mein Kind wird abgeholt! Mein Kind darf alleine nach Hause! *Zutreffendes bitte ankreuzen!*

	Uhrzeit morgens von...bis	Uhrzeit mittags von ... bis	Telefon/ Handy	2. Telefonnummer für den Notfall	Besonderheiten
Montag					
Dienstag					
Mittwoch					
Donnerstag					
Freitag					

Datum

Unterschrift

Bitte mit Kugelschreiber ausfüllen!

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandat

Absender

Gläubiger-Identifikationsnummer DE50ZZZ00000094129
Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

Gemeinde Dielheim
Hauptstr. 37
69234 Dielheim

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) Abbucher, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Abbucher auf mein (unsere) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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 (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, I (we) authorise Abbucher to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor Abbucher. Note: I can (we can) demand a refund of the amount charged within eight weeks, starting with the date of the debit request. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Information: Die Lastschriften werden zu den Fälligkeitszeitpunkten bewirkt, die in den Bescheiden, Rechnungen, und Verträgen ausdrücklich genannt sind. Dort werden auch die genauen Einzugsbeträge genannt.

Zahlungspflichtiger	Name/ Name of the debtor
	Straße und Hausnummer / debtor Street and number
	Land, Postleitzahl und Ort / debtor Country debtor Postal code and City
	IBAN / debtor IBAN
	SWIFT BIC / debtor SWIFT BIC
	wird Ihnen separat mitgeteilt Mandatsreferenz- wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt Mandate reference - to be completed by the creditor
Zahlung für	Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit this mandate is valid for the agreement with
Zahlungsart	<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung /one-off payment

Ort und Datum
City and date of signature(s)

Unterschrift(en)/Signatures