

# Anmeldung zur Mittagsbetreuung in der Grundschule Ottenhofen im Schuljahr 2023/24 (Stand: Januar 2023)

Name, Vorname der/des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Hiermit melde(n) ich/wir mein

Kind: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

ab \_\_\_\_\_ **verbindlich** an. Die beiliegenden Benutzungs- und Finanzierungsregelungen werden anerkannt. Mir/uns ist bekannt, dass aktuelle Engpässe aufgrund der räumlichen Situation in diesem Schuljahr dazu führen können, dass ich/wir eventuell nicht alle gewünschten Betreuungszeiten bekomme/n.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Betreuung am/bis	€/Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	
Bis 13.10 Uhr	15,75						
Bis 15.00 Uhr	31,50						
Bis 16.00 Uhr	40,50						
Bis 17.00 Uhr	49,50						
Mittagessen	14,00						

Monatsbeiträge für einen Tag pro Woche.

In Notfällen außerdem erreichbar/zu verständigen (Großeltern oder sonstige Verwandte – Anschrift, Telefon):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Umstände, die besonders zu beachten sind (z.B. gesundheitliche Probleme/Allergien):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beide Eltern sind berufstätig

Ich bin allein erziehend

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass das Betreuungspersonal mit den Lehrkräften der Schule im Hinblick auf die Situation des Kindes Informationen austauscht. Ich/Wir weiß/wissen, dass ich/wir jede Änderung der für mein Kind vereinbarten Schlusszeit der Mittagsbetreuung schriftlich mitteilen muss. Für die Betreuungsgebühren bzw. das Mittagessen wird ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt.

Die Benutzungsordnung habe ich/wir erhalten und wird anerkannt.

Ottenhofen:

Unterschrift:

# Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

## Zahlungsempfänger

Vorname und Name/Firma: Gemeinde  
Ottenhofen

Straße und Hausnummer: St.-Martin-Str. 9

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE36ZZZ00000056066

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Für wiederkehrende Zahlung: Beitrag für Mittagsbetreuung Ottenhofen

## SEPA-Lastschriftmandat

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

**Hinweis:** Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger)

Vorname und Name/Firma: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name): \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift/en \_\_\_\_\_