

## Anmeldung zur offenen Ganztagesbetreuung

Hiermit melde ich mein Kind

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Name, Vorname der Eltern: \_\_\_\_\_

Straße/PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

verbindlich zur Nachmittagsbetreuung für das Schuljahr \_\_\_\_\_ an folgenden Wochentagen an:

| Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Anzahl der Betreuungstage pro Woche insgesamt: |
|--------|----------|----------|------------|---------|--|
|        |          |          |            |         |  |

Bitte beachten Sie, dass Sie keine Anmeldebestätigung erhalten. Ihr Kind kann direkt nach Anmeldung an der Nachmittagsbetreuung teilnehmen.

Die anfallenden Beiträge werden Ihnen monatlich im Voraus am 3. Werktag des Monats von Oktober bis Juli von Ihrem Konto abgebucht, eine Einzugsermächtigung ist hierfür notwendig. Für die Monate August und September werden keine Beiträge erhoben. Sie können die Teilnahme Ihres Kindes an der Betreuung sowie Änderungen in der Anzahl der Betreuungstage schriftlich 14 Tage vor Monatsende kündigen / ändern. Zum 31.07. läuft die Betreuung automatisch aus, eine Kündigung ist nicht notwendig. Bei Schulwechsel und in Sonderfällen ist eine außerordentliche Kündigung möglich.

| Betreuungstage pro Woche | Beitrag pro Monat<br>(September und August sind beitragsfrei) |
|--------------------------|---|
| 1 Tag                    | 12,00 €   |
| 2 Tage                   | 24,00 €   |
| 3 Tage                   | 36,00 €   |
| 4 Tage                   | 48,00 €   |
| 5 Tage                   | 60,00 €   |

### SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 47 FFG 00000341048

Die Mandatsreferenznummer wird vom Zahlungsempfänger vergeben und Ihnen mitgeteilt.

Ich ermächtige die Fördergemeinschaft des Fichte-Gymnasiums Karlsruhe, mittels Lastschrift Zahlungen von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Fördergemeinschaft des Fichte-Gymnasiums auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Name des Kontoinhabers

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

IBAN

BIC

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift