

Lastschriftverfahren

SEPA-Lastschriftmandat
Ich ermächtige die Stadt Alpirsbach, die Gebühren für die KZB* von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
_____ Vorname und Name (Kontoinhaber)
_____ Straße und Hausnummer
_____ Postleitzahl und Ort
_____ _____ Kreditinstitut (Name und BIC)
DE _____ _____ _____ _____ _____ IBAN

_____ Ort, Datum und Unterschrift
*Kernzeitbetreuung

Einwilligungserklärung

Ich/wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass von meinem/meinen unserem Kind **Fotos** gemacht werden und im Rahmen der **Öffentlichkeitsarbeit der Kernzeitbetreuung veröffentlicht** werden dürfen.

Datum: _____

_____ Unterschrift/en des/der Personensorgeberechtigten

i Wenn Sie **nicht** damit einverstanden sind, dass von Ihrem Kind Fotos gemacht werden, unterschreiben Sie in diesem Feld **nicht!**

Zur Kenntnis genommen...

<input type="checkbox"/>	- Ich/wir habe/n zur Kenntnis genommen, dass diese Anmeldung verbindlich für ein gesamtes Schuljahr gilt.
<input type="checkbox"/>	- Ich /wir habe/n die aktuelle Benutzungsordnung der Kernzeitbetreuung zur Kenntnis genommen
<input type="checkbox"/>	- Ich/wir habe/n die Informationen zur Anmeldung in der Kernzeitbetreuung zur Kenntnis genommen

Datum: _____

_____ Unterschrift/en des/der Personensorgeberechtigten

2022/2023

ANMELDUNG

Kernzeitbetreuung

Hiermit melde ich mein
Kind oder weiteres Kind*

<u>Interne Vermerke:</u>	Datum und Handzeichen der Sachbearbeitung:	Foto:
Aufgenommen und vermerkt: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Name	Vorname	Geb. Datum	Klasse

* für jedes weitere Kind aus **einem Haushalt** gilt ein **Rabatt von 50%**

verbindlich für folgende Module an (bitte ankreuzen)

<p>MODUL 1 <input type="checkbox"/></p> <p>07.30 - 08.45 Uhr</p> <p>Kostet im Monat € 33,-</p> <p>und kann mit dem Nachmittag kombiniert werden</p>		<p>MODUL 2 <input type="checkbox"/></p> <p>12.15 - 13.30 Uhr</p> <p>Kostet im Monat € 33,-</p>
---	---	--

i Sie können die Module einzeln wählen oder miteinander kombinieren. Maximal zahlen Sie im Monat € 66,-

Sorgeberechtigte (Eltern)

	Name	Straße	PLZ	Wohnort
1				
2				

Erreichbarkeit

	Telefon	E-Mail	geschäftlich für Notfälle
1		@	
2		@	

i Bitte geben Sie uns die **Kontakte** an, unter denen wir Sie am sichersten erreichen können!

Besonderheiten

Hier können Sie uns mitteilen, was wir über Ihr Kind auf jeden Fall wissen sollten, damit wir im Notfall richtig handeln können.

Nimmt Ihr Kind regelmäßig ein **Medikament** ein, gibt es **Allergien, Unverträglichkeiten, chronische Erkrankungen, Einschränkungen** oder **Handicaps**?

