

## 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 des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

\*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...

- Ich/wir habe/n zur Kenntnis genommen, dass diese Anmeldung verbindlich für ein gesamtes Schuljahr gilt.
- Ich /wir habe/n die aktuelle **Benutzungsordnung** der Kernzeitbetreuung zur Kenntnis genommen
- Ich/wir habe/n die **Informationen zur Anmeldung** in der Kernzeitbetreuung zur Kenntnis genommen

Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift/en des/der Personensorgeberechtigten

## ANMELDUNG

Kernzeit-/Nachmittagsbetreuung

2023/2024

Hiermit melde ich mein  
**Kind oder  weiteres Kind\***

<b>Interne Vermerke:</b>	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><b>MODUL 1</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>07.00 - 08.05 Uhr</b></p> <p>Kostet im Monat <b>€ 28,-</b></p> <p>und kann mit weiteren Modulen kombiniert werden</p>	<p><b>MODUL 2</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>11.50 – 14.00 Uhr</b></p> <p>Kostet im Monat <b>€ 56,-</b></p> <p>und kann mit weiteren Modulen kombiniert werden</p>	<p><b>MODUL 3</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>14.00 – 16.30 Uhr</b></p> <p>Kostet im Monat <b>€ 66,-</b></p> <p>und kann mit weiteren Modulen kombiniert werden</p>
--	--	--

**i** Sie können die Module einzeln wählen oder miteinander kombinieren. Maximal zahlen Sie im Monat € 150,-

### 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**, chronische **Erkrankungen**, **Einschränkungen** oder **Handicaps**?

