

Verbindliche Anmeldung zur Ganztagschule im Schuljahr _____

Ich/wir melde/n meine/unsere Tochter / meinen/unsere(n) Sohn

Vorname und Name des Kindes

Anschrift des Kindes

geb. am _____ Klasse _____

für die Ganztagschule an der Grundschule Wachenheim an.

Diese Anmeldung ist verbindlich für ein Schuljahr und kann nicht während des Schuljahres widerrufen werden. Ausnahmen sind nur in begründeten Einzelfällen, nach einem Gespräch mit der Schulleitung möglich.

Mit dieser Anmeldung ist die Verpflichtung verbunden, dass mein Kind an den Angeboten der Ganztagschule von Montag bis Donnerstag bis 16.00 Uhr teilnimmt. Beurlaubungen an einzelnen Tagen sind in begründeten Einzelfällen nach Rücksprache mit der Schulleitung möglich.

Findet zum Ende des laufenden Schuljahres keine Abmeldung von der Ganztagschule statt, verlängert sich die Teilnahme automatisch um ein weiteres Schuljahr!

5

	1. Elternteil/ Sorgeberechtigter	2. Elternteil/ Sorgeberechtigter
Name		
Vorname		
Anschrift		
Telefonnummer		
E-Mail		
Sorgeberechtigt	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Mittagessen:

Mit der verbindlichen Anmeldung zur Ganztagschule ist die Teilnahme am Mittagessen an vier Tagen pro Woche möglich:

Ich/wir buche/n die (bitte ankreuzen)

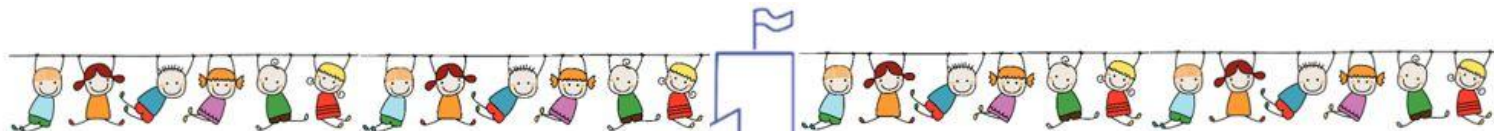
☐ 4-Tagespauschale Mittagessen für 68,00 €

Ort, Datum

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats





Grundschule an der Wachenburg

www.gswabu.de



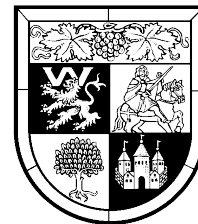
Hinterm Graben 3
67157 Wachenheim

Tel.: 06322-66074
Fax: 06322-79101

Verbandsgemeinde Wachenheim a. d. Weinstraße

Verbandsangehörige Ortsgemeinden:

Ellerstadt, Friedelsheim, Gönheim und Stadt Wachenheim a.d. Weinstraße



Gläubiger-Identifikationsnummer DE84 VGW0 0000 1606 41

Ich/Wir ermächtige/n die Verbandsgemeinde Wachenheim an der Weinstraße, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Verbandsgemeinde Wachenheim an der Weinstraße auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/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.

Wenn das Konto die entsprechende Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Ich bin damit einverstanden, dass das angegebene Girokonto auch für Erstattungen verwendet wird. Mir ist bekannt, dass bei einer Rücklastschrift die Einzugsermächtigung sofort gelöscht wird.

Die Einzugsermächtigung gilt für

☐ 4-Tagespauschale Mittagessen

Name, Vorname des Kontoinhabers:

IBAN

BIC

Name des Kreditinstituts:

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

