

Anmeldung zur Betreuung im „Zauberwald“

Name des Kindes: _____ Geb.-Datum: _____

Erziehungsberechtigte: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Aufnahme- und Vertragsbedingungen

Die Anmeldung gilt jeweils für ein Schuljahr. Der Beitrag beläuft sich auf 70,00 EUR/Monat bei 12 Monatsbeiträgen, die vom Förderverein per Lastschriftverfahren eingezogen werden. Auch bei Krankheit oder sonstiger Abwesenheit des Kindes muss der volle Beitrag gezahlt werden. Wird der Monatsbeitrag an zwei aufeinanderfolgenden Terminen nicht gezahlt oder entsteht ein Zahlungsrückstand in Höhe von zwei Monatsbeiträgen, kann der Förderverein das Betreuungsverhältnis außerordentlich kündigen. Das Betreuungsverhältnis verlängert sich automatisch um ein weiteres Schuljahr, wenn nicht bis zum 30.04. des laufenden Schuljahres schriftlich gekündigt wird. Bei Schulabgang aus der 4. Klasse erlischt das Betreuungsverhältnis mit dem 31.07. des Jahres.

Der Vorstand des Fördervereins entscheidet Anfang Mai über die Aufnahme der angemeldeten Kinder. Im Fall der Aufnahme Ihres Kindes erhalten Sie eine schriftliche Bestätigung. Mit Zugang dieser Aufnahmebestätigung wird das Vertragsverhältnis zu den genannten Bedingungen begründet.

Ich melde mein Kind verbindlich zur Betreuung im „Zauberwald“ der Grundschule Hiddesen an. An den Antrag bin ich bis zum 20.05. des Einschulungsjahres gebunden.

Die Aufnahmebedingungen, die Hinweise zu den Kosten sowie die Zahlungsmodalitäten habe ich zur Kenntnis genommen. Die Hinweise zur Datenverarbeitung wurden mir ausgehändigt.

Detmold, den _____ Unterschrift _____

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer DE202220000320388

Mandatsreferenz : ZW.....

NAMEVORNAME

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige hiermit den Förderverein der Grundschule Hiddesen e.V. den von mir zu zahlenden Betreuungsbeitrag (derzeit 70,00 €) bei Fälligkeit mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein der GS Hiddesen e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut _____

BIC _____

DE _____
IBAN _____

Unterschrift Kontoinhaber _____