

## Schulkindbetreuung

an der Grundschule Trochtelfingen

### **1. Angaben über das Kind:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname/n: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

in: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich  männlich  divers

#### In Notfällen telefonisch zu erreichen:

\_\_\_\_\_  
Name, Telefonnummer, Beziehung zum Kind

Unser Kind leidet an chronischen Erkrankungen wie Anfallsleiden, Allergien, Diabetes oder Herzerkrankungen.

ja  nein

Wenn ja, welche spezifischen Bedürfnisse oder Vorsichtsmaßnahmen sind zu beachten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **2. Angaben über die Erziehungsberechtigten:**

Name der Mutter: \_\_\_\_\_

Anschrift (sofern abweichend): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name des Vaters: \_\_\_\_\_

Anschrift (sofern abweichend): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**3. Angaben zur Betreuung:**

- Anmeldung zum: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_
- Abmeldung zum: \_\_\_\_\_
- Änderung zum: \_\_\_\_\_ Änderungen sind nur zum 01.02. möglich

**4. Gewünschte Betreuungszeiten – diese sind verbindlich anzukreuzen!**

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	bis 2-Tage/ Woche	ab 3-Tage/ Woche
Betreuung <u>vor</u> dem Unterricht 7.00-08.20 Uhr						10.- €/Monat	15.- €/Monat
Betreuung <u>nach</u> dem Unterricht 11.50-13.00 Uhr						10.- €/Monat	15.- €/Monat
Nachmittagsbetreuung 13.00-14.30 Uhr						20.- €/Monat	30.- €/Monat
erweiterte Betreuung 14.30-15.15 Uhr						20.- €/Monat	30.- €/Monat
Betreuung <u>Dienstag</u> Mittagschule 11.50-13.45 Uhr						5.- €/Monat	

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Zur Abgabe an der Schule

**Angaben über das Kind:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

**Zahlungspflichtiger: (Kontoinhaber)**

Name: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

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

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Stadt Trochtelfingen, folgende Zahlungen

**Elternbeitrag für Schulkindbetreuung**

von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen.

Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Stadt Trochtelfingen auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift (Mutter): \_\_\_\_\_

Unterschrift (Vater): \_\_\_\_\_

Zahlungsempfänger: Stadt Trochtelfingen, Rathausplatz 9, 72818 Trochtelfingen

Gläubiger-Identifikationsnr.: DE59ZZZ00000330065

-----

*Mandatsreferenz:* \_\_\_\_\_

*Nicht ausfüllen!*

*Wird Ihnen nach Bearbeitung dieses SEPA Lastschrift-Mandates von der Stadt Trochtelfingen mitgeteilt.*