

**Betreuung während der Osterferien 2024**  
**25.03 – 5.04.**

Sehr geehrte Eltern, mit diesem Formular melden Sie Ihr Kind verbindlich für die Ferienbetreuung an. Bitte beachten Sie, dass nur Anmeldungen berücksichtigt werden können, die **bis 22.03.2024** im Kinderhaus oder in der Schulkindbetreuung eingegangen sind.  
Das Regelmodul kann nur Wochenweise gebucht werden und beinhaltet eine Betreuungszeit von 7:00Uhr bis 13:00Uhr. Die Mittagessenbetreuung beinhaltet die Betreuung bis 14:00Uhr, kann aber tageweise hinzugebucht werden.

Persönliche Angaben:

**Kind:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

**Eltern bzw. erziehungsberechtigte Personen:**

Name/Vorname \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_ Straße/Hausnr. \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_ Straße/Hausnr. \_\_\_\_\_

Telefon Nr. \_\_\_\_\_ Telefon Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Kosten
25.03 – 29.03	<b>Päd. Tag</b>	<b>21 €</b>			<b>Karfreitag</b>	
Mittagessen		<b>6 €</b>	<b>6 €</b>	<b>6 €</b>		

1.4 – 5.4	<b>Ostermontag</b>	<b>28 €</b>				
Mittagessen		<b>6 €</b>	<b>6 €</b>	<b>6 €</b>	<b>6 €</b>	

Bitte gewünschten Betreuungstag ankreuzen

**Endbetrag :**

**Das zweite Kind einer Familie, welches auch die Ferienbetreuung besucht, bezahlt weiterhin für die Betreuung die Hälfte.**

- unser Kind wird von der Betreuung abgeholt.
- Unser Kind darf alleine nach Hause gehen.
- Wir sind in Notfällen unter folgender Telefonnummer zu erreichen. \_\_\_\_\_
- Bei unserem Kind bestehen folgende „Besonderheiten“ z.B. Allergien, Asthma, Diabetes...  
-----
- Keine Besonderheiten bekannt

**SEPA-Lastschrift-Mandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

für die Elternbeiträge für das Kind \_\_\_\_\_ (Name, Vorname)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Gemeinde Wangen  
Pfarrberg 2  
73117 Wangen

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/ Credit Identifier)  
DE 69ZZZ 00000 636017

Mandatsreferenz

Ich/Wir ermächtige(n) die/das

(Name des Zahlungsempfängers)

**Gemeinde Wangen**

wiederkehrende Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der/dem

(Name des Zahlungsempfängers)

**Gemeinde Wangen**

auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Elternbeiträge sind monatlich im Voraus zu entrichten.

Hinweis: Ich kann/Wir 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.

Name des Kreditinstituts des Kontoinhabers

BIC

IBAN

Kontoinhaber (Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Zahlungspflichtiger (Name, Straße, Hausnummer PLZ, Ort)  
**Bitte nur ausfüllen, wenn abweichend vom Kontoinhaber!**

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers