

Betreuung während der Faschingsferien 2025
03.03 – 07.03.

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 28.02.2025** 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.

Am Montag den 03.03.2025 findet in unserem Haus eine Faschingsfeier statt. Die Kinder sind eingeladen mit Verkleidung in das Kinderhaus zu kommen. Dabei bleibt unser Haus Schusswaffenfreie Zone. Weiterhin gibt es an diesem Tag ein Süßigkeiten Buffet an dem sich alle Kinder bedienen können. Bitte geben Sie ihrem Kind einen Beitrag für diesen Tisch mit (Schokolade, Muffins, Gummibärchen, etc.).

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
03.03 – 07.03	40 €					
Mittagessen	6 €	6 €	6 €	6 €	6 €	

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