



Standort Tetenbüll



Anmeldung zur Nachmittagsbetreuung

Hiermit - melde ich mein/melden wir unser - Kind **verbindlich** vom 02.02.2016 bis zum 21.07.2016 zu folgenden Angeboten an:

Vor- und Zuname des Kindes (bitte in Druckbuchstaben):	Klasse:
--	---------

		Montag	Kosten* pro Essen	Betreuerin/ Be- treuer
<input type="radio"/>	ab 12.30 Uhr	Teilnahme am Mittagessen	2,50 €	Fr. Birgit Matz

		Dienstag		
<input type="radio"/>	ab 12.30 Uhr	Teilnahme am Mittagessen	2,50 €	Fr. Birgit Matz
<input type="radio"/>	15.00 bis 16.00 Uhr	AG „Plattdeutsch“	-	Hr. Willi Unger u. Fr. Heike Hansen
<input type="radio"/>	15.00 bis 16.30 Uhr	Insekten - AG	-	Fr. Angela di Renzo

		Mittwoch		
<input type="radio"/>	ab 12.30 Uhr	Teilnahme am Mittagessen	2,50 €	Fr. Birgit Matz
<input type="radio"/>	15.00 bis 16.00 Uhr	Floorball	TSV	TSV Tetenbüll

		Donnerstag:		
<input type="radio"/>	ab 12.30 Uhr	Teilnahme am Mittagessen	2,50 €	Fr. Birgit Matz
<input type="radio"/>	15.00 bis 16.15 Uhr	Turnen für Kids K 1 bis 4	TSV	TSV Tetenbüll

		Freitag:		
<input type="radio"/>	ab 12.30 Uhr	Teilnahme am Mittagessen	2,50 €	Fr. Birgit Matz

* Die Kosten für das Mittagessen werden im Quartal und nach Anzahl der tatsächlich in Anspruch genommenen Essen berechnet (siehe Elternbrief).

Ort/Datum:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten:

Bei Rückfragen erreichbar unter der Tel. Nr: _____



Rückseite bitte ausfüllen →

Theodor-Mommsen-Schule mit Außenstelle Tetenbüll

Betreute Grundschule
Kirchdeich 1, 25882 Tetenbüll

Anmeldung

Abmeldung

Ummeldung

zum _____
(Datum)

Für

Name, Vorname des Kindes

Geb. Datum

Klasse

Name, Vorname der Eltern/Erziehungsberechtigten

Straße, PLZ, Wohnort

Tel. Nr. für Rückfragen

E-Mail-Anschrift

Ich/wir* wähle(n) folgende Betreuungszeit (bitte ankreuzen):

- | | | |
|-----------------------|--------------------------------|-------------------|
| <input type="radio"/> | morgens | 19,00 € pro Monat |
| <input type="radio"/> | mittags kurz 12.30 - 13.00 Uhr | 7,50 € pro Monat |
| <input type="radio"/> | mittags lang 12.30 - 15.00 Uhr | 37,50 € pro Monat |
| <input type="radio"/> | morgens und mittags kurz | 25,00 € pro Monat |
| <input type="radio"/> | morgens und mittags lang | 53,00 € pro Monat |

Die Betreuungsbedingungen sind mir/uns*) bekannt und werden von mir/uns*) akzeptiert.

Mir/uns*) ist bekannt, dass ich/wir alle Änderungen, die mein/unser Kind betreffen (wie z. B. Änderung der Anschrift, Wiederholen einer Klasse), umgehend dem Schulträger mitzuteilen habe/n.

Die Einzugsermächtigung ist der Anmeldung beigelegt.

***) Nicht Zutreffendes bitte streichen**

Ort und Datum

Unterschrift/en

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Förderverein Grundschule Tetenbüll e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Kirchdeich 1

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

25882 Tetenbüll

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE46ZZZ00000486178

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: