

SoViKo GmbH --- Sozial – Visionär - Kompetent

freier Träger der Jugendhilfe gem. § 75a SGB VIII

Römerstraße 9 – 89407 Dillingen

info@soviko.de

Anmeldung für die erweiterte Mittagsbetreuung (FREITAG)

Bitte füllen Sie dieses Formular **komplett** aus und geben Sie es den MitarbeiterInnen der Mittagsbetreuung zurück. Erst dann ist die Anmeldung gültig!

1. Angaben zur angemeldeten Schülerin / zum angemeldeten Schüler

Name der angemeldeten Schülerin / des angemeldeten Schülers:	
Anschrift der angemeldeten Schülerin / des angemeldeten Schülers:	
Klasse:	Geburtsdatum:

2. Angaben zu den Erziehungsberechtigten

Name der Erziehungsberechtigten:	
Anschrift der Erziehungsberechtigten:	
Telefon:	E-Mail-Adresse:
Tagsüber erreichbar unter: (wichtig z.B. bei Notfällen):	

Hiermit melden wir die oben genannte Schülerin / den oben genannten Schüler **verbindlich** für die kostenpflichtige erweiterte Mittagsbetreuung am Freitag im **Schuljahr 2021/22** an.

Bis 13 Uhr 14 Uhr

Unsere Aufsichtspflicht beginnt erst bei Anwesenheit des Kindes bzw. mit Beginn der Betreuung.

Die Beiträge in Höhe von monatlich € 18,- sind für elf Monate zu entrichten.

Die Bezahlung erfolgt per Lastschriftverfahren.

Das beiliegende SEPA-Mandat ist komplett auszufüllen und mit der Anmeldung abzugeben.

.....
Datum, verbindliche Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten

BITTE AUSFÜLLEN FÜR DIE KOSTEN DER FREITAGSBETREUUNG!

Zahlungsempfänger:	SoViKo gGmbH Römerstraße 9 89407 Dillingen
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE97ZZZ00001809795
FAD / Mandatsreferenznummer	wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat für die Kosten der Betreuung der Freitagsbetreuung

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungs-empfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name/n und Vorname/n des/der Kontoinhaber/s	
Straße mit Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Kreditinstitut	
IBAN	BIC
Ort, Datum	
Unterschrift/en des/der Kontoinhabers/in	

Hinweis:

Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Meine/Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/wir von meinem/unserem Kreditinstitut erhalten kann/können.

**Bitte im Original mit der Anmeldung für die Freitagsbetreuung beim Team abgeben.
Herzlichen Dank!**