

Grundschule Dassel

**Verbindliche Anmeldung meines/unseres Kindes zur offenen Ganztagschule
im Schuljahr _____ zum _____**

- Hiermit melde/n ich/wir mein/unser Kind für die Teilnahme an der offenen Ganztagschule **verbindlich** an.
- Die Anmeldung gilt für ein Schulhalbjahr und verlängert sich stillschweigend um ein weiteres Schulhalbjahr, wenn ich/wir mein/unser Kind nicht vorher abmelden.
- Eine Änderung dieser Anmeldung ist nur zwei Wochen im Voraus in schriftlich begründeten, dringenden Ausnahmefällen zum nächsten Monat möglich.
- Für mein/unser Kind besteht während der angemeldeten Betreuungszeit Anwesenheitspflicht.
- Mir/uns ist bekannt, dass ein Verlassen der Kurse während der Betreuungszeit aus Gründen der Aufsicht nicht möglich ist. Sollte mein/unser Kind aus dringenden Gründen einmal nicht an den Angeboten teilnehmen können, so lasse/n ich/wir der Schule rechtzeitig eine entsprechende Mitteilung zukommen.

Name, Vorname des Kindes: _____ Geburtsjahr/ Klasse: _____/_____

Name, Vorname des/der Sorgeberechtigten: _____

Straße / Hausnummer: _____ Ort _____

Mein/unser Kind soll ein kostenpflichtiges Mittagessen für 3,35 € in der Schule erhalten (freiwillig, es kann auch Essen mitgebracht werden). Das Geld wird jeweils zum 1. des Monats im Voraus von Ihrem unten angegebenen Konto abgebucht. <p style="text-align: center;">!!! ACHTUNG !!!</p> <p style="text-align: center;"><u>Das Mittagessen kann beim Anbieter kurzfristig nicht mehr abgemeldet werden – eine Abmeldung ist daher nur noch bis 9.00 Uhr am Vortag möglich !!!</u></p>	Ja	Nein
--	-----------	-------------

Bitte kreuzen Sie an, an welchen Tagen das Nachmittagsangebot (bis 15:30 Uhr) benötigt wird			
<input type="radio"/> Montag	<input type="radio"/> Dienstag	<input type="radio"/> Mittwoch	<input type="radio"/> Donnerstag

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) DE73ZZZ00000080038	Mandatsreferenz KK52.....
---	------------------------------

Sepa-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)
(Name des Zahlungsempfängers)
Stadt Dassel

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von
(Name des Zahlungsempfängers)
Stadt Dassel

Auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC	IBAN
Ort, Datum	Unterschrift

Die o. g. Hinweise habe/n ich/wir gelesen und zur Kenntnis genommen.

_____, den _____

 Unterschrift eines Erziehungsberechtigten