



Anmeldung für die OGS Groß Kummerfeld

Anmeldeschluss für das erste Schulhalbjahr: 30.06.

Name: _____ Vorname: _____
Anschrift: _____
Klasse: _____ Tel.-Nr.: _____

Für den Geschwisterrabatt (34€/Tag, 150€/Monat) bitte Namen und Klasse des Geschwisterkindes eintragen:

Name: _____ Klasse: _____

I. Schultägliche Ganztagsbetreuung

Hiermit wird mein/ unser oben genanntes Kind verbindlich für eine Ganztagsbetreuung an folgendem/n Tag/en im 1. Schulhalbjahr 20__/__ angemeldet (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Montag 40 €/ Monat	Dienstag 40 €/ Monat	Mittwoch 40 €/ Monat	Donnerstag 40 €/ Monat	Freitag 40 €/ Monat	Komplett (Mo-Fr) 180 €/ Monat

Das oben genannte Kind wird bereits jetzt verbindlich für eine Ganztagsbetreuung an folgendem/n Tag/en im 2. Schulhalbjahr 20__/__ angemeldet (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Montag 40 €/ Monat	Dienstag 40 €/ Monat	Mittwoch 40 €/ Monat	Donnerstag 40 €/ Monat	Freitag 40 €/ Monat	Komplett (Mo-Fr) 180 €/ Monat

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Auskunft erteilt:

Frau Santen Tel. 04328-17915

Amt Boostedt-Rickling
-Der Amtsvorsteher-

Twiete 9
24598 Boostedt

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Amt Boostedt-Rickling, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die Forderungen des Amtes Boostedt-Rickling von meinem Konto abzurufen.

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

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE68ZZZ00000437573**

Mandatsreferenz (vom Amt auszufüllen) _____

Kassenzeichen.: _____

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon-Nr. _____

Kreditinstitut: _____

IBAN DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

BIC / SWIFT (8 oder 10 Stellen) _____ | ____

Ort, Datum

Unterschrift

Notwendige Daten und Informationen zum Aufenthalt eines Kindes in der Offenen Ganztagsschule / beim Kursbesuch

Name: _____ Vorname: _____
Anschrift: _____
Klasse: _____ Tel.-Nr.: _____

	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Anschrift		
Telefon privat		
Telefon dienstlich		
E-Mail Adresse		

Krankheiten, Allergien, Medikamente, sonstige Besonderheiten

--

Hausarzt/ Kinderarzt:	
Adresse:	
Telefon:	

Wer ist im Notfall zu benachrichtigen?

	Name	Telefon-Nr.
1.		
2.		
3.		

Falls mein/e Sohn/Tochter einmal fehlt, melde ich ihn/ sie vormittags in der
Grundschule Groß Kummerfeld ab.

Ort, Datum

Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten