

Simera
Schulstraße 13
Tel.: 06752/135-7200
E-Mail: gs-simera@kirner-land.de

Grundschule
55618 Simmertal
Fax: -7205



Verbindliche Anmeldung zum Besuch der Ganztagschule an der Simera Grundschule inkl. Schulverpflegung

Name, Vorname des Kindes: _____ Klasse: _____

Beginn der Aufnahme: _____ Schuljahr: _____

Ich/Wir melde/n mein/unser Kind verbindlich zur Ganztagschule an.

Name, Vorname
Sorgeberechtigte/er: _____

Anschrift: _____

Diese Anmeldung ist **verbindlich für ein Jahr und muss spätestens bis 15.03. vor Start des neuen Schuljahres erfolgen**. Eine Abmeldung ist grundsätzlich nicht während des Schuljahres möglich. Mit dieser Anmeldung ist die Verpflichtung verbunden, dass mein/unser Kind an den Angeboten der Ganztagschule an allen vier dafür vorgesehenen Tagen (Montag bis Donnerstag) bis 15:45 Uhr teilnimmt. **Falls nicht ausdrücklich schriftlich bis spätestens 15.03. vor Start des neuen Schuljahres widersprochen wird, gilt diese Anmeldung für ein weiteres Schuljahr.**

Verpflichtungserklärung

Nachstehend verpflichte/n Ich mich/wir uns zur Übernahme der Kosten für das tägliche Mittagessen von derzeit **3,80 EUR Eigenanteil** (vorbehaltlich wirtschaftlicher Preisanpassungen). Ich/Wir ermächtige/n die Verbandsgemeinde Kirner Land auf nebenstehenden SEPA-Lastschriftmandat widerruflich das von mir/uns zu zahlende Essensgeld mittels Lastschrift einzuziehen. Die Abrechnung erfolgt in Form pauschaler Monatsbeiträge.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte

Zahlungsempfänger:

Verbandsgemeinde Kirner Land
Bahnhofstr. 31
55606 Kirn/Nahe

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 54ZZZ00002257545

Mandatsreferenz: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / wir ermächtigen die Verbandsgemeinde Kirn-Land, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / wir unser Kreditinstitut an, die von der Verbandsgemeinde Kirn-Land 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. Meine / unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unseren Kreditinstitut erhalten können.

Finanzadresse / Kd.-Nr.: _____

Name, Vorname
Kontoinhaber: _____

Anschrift des Kontoinhabers: _____

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber