

1. Persönliche Daten

_____ Name, Vorname des Kindes	_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
_____ Name, Vorname des Sorgeberechtigten	_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
_____ Name, Vorname des Sorgeberechtigten	_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
_____ Schuljahr der Teilnahme	_____ derzeitige Klasse	_____ Tel. für Rückfragen

2. Mittagsverpflegung

Die Mittagsverpflegung wird an Schultagen von Montag bis Donnerstag angeboten. Die Kosten pro Essen betragen 4,00 €. Die Abmeldung zu einzelnen Mittagsmahlzeiten ist nur aus wichtigem Grund möglich und hat spätestens bis **08.15 Uhr** am jeweiligen Tag im Schulsekretariat bzw. bei der Schulleitung zu erfolgen.

3. Erklärung

Ich/Wir als Sorgeberechtigte(r) für das unter Nr.1 bezeichnete Kind, erkläre/erklären mich/uns mit meiner/unserer eigenhändigen Unterschrift, dass ich/wir von der Satzung über die Mittagsverpflegung Kenntnis genommen habe(n) und uns mit den dortigen Regelungen einverstanden erkläre(n). **Inbesondere ist mir/uns bewusst, dass diese Anmeldung für das komplette Schuljahr gilt.** Eine Abmeldung von der Mittagsverpflegung vor Ende eines Schuljahres ist nur unter den in der Satzung genannten wichtigen Gründen möglich. Sollte(n) ich/wir mein/unser Kind vor Ablauf des Schuljahres von diesem Angebot abmelden und es liegt ein solcher wichtiger Grund nicht vor, ist mir/uns bewusst, dass ich/wir von der monatlichen Zahlung der entsprechenden Gebühren nicht entbunden werden kann/können. Die maßgebende Satzung kann auf unserer Homepage: www.woellstein.de, oder bei der Verbandsgemeindeverwaltung Wöllstein, Fachbereich II- Bürgerdienst- Kita und Schulen, St. Floriansweg 8, 55599 Gau-Bickelheim eingesehen werden.

Ort, Datum

Unterschrift beider Sorgeberechtigter

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die Verbandsgemeindekasse Wöllstein, (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE369500000269660) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Verbandsgemeindekasse Wöllstein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name, Vorname der/des Kontoinhaber/s

Name des Kreditinstitutes

IBAN: ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers bzw. beider Kontoinhaber