12/2017

**Anmeldung**

**Gewünschte Betreuung** Anmeldung ab

(bitte ankreuzen)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Frühbetreuung** |  | **Allergien:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
|  |  |  | |
| **Mittagsbetreuung kurz** bis 14:15 Uhr |  | **3x** Essen pro Woche |  |
|  | **5x** Essen pro Woche | **vegetarisch:** |
|  |  |  | |
| **Mittagsbetreuung**  **lang** bis 16:15 Uhr |  | **3x** Essen pro Woche | **ja** |
|  | **5x** Essen pro Woche | **nein** |

**Persönliche Daten:**

Zuname, Vorname des Kindes Geb. Datum Klasse

Anschrift

Notfall-Telefonnummern

Eltern/Sorgeberechtigte

(Anschrift, wenn abweichend) oder wichtige Anmerkungen

**In meinem Haushalt leben**  1 Kind 2 Kinder 3 und mehr Kinder unter 18 Jahren.

**Härtefallregelung:**

In sozialen Härtefällen besteht die Möglichkeit die Reduzierung der Kosten für das Mittagessen auf **1,00€ pro Mahlzeit beim Sozialamt der Kreisverwaltung Kirchheimbolanden** zu beantragen.

Die Hinweise zur Betreuenden Grundschule der Zellertal-Schule habe ich erhalten.

Die Verhaltensregeln der Betreuenden Grundschule habe ich erhalten.

Ich erkenne sie als verbindlich an.

Datum ……………………………………………………… Unterschrift …………………………………………………….…………...

12/2017

**Bezahlung des Elternbeitrages**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Frühbetreuung** | 15 € | **Beitrag monatlich** | | |
|  |  |  |  |  |
|  | Im Haushalt | **1 Kind** | **2 Kinder** | **3 Kinder** |
| **Mittagsbetreuung kurz**  bis 14:15 Uhr | **3x** Essen pro Woche | 85 € | 75 € | 70 € |
| **5x** Essen pro Woche | 106 € | 96 € | 91 € |
|  |  |  |  |  |
| **Mittagsbetreuung** l**ang** bis 16:15 Uhr | **3x** Essen pro Woche | 135 € | 125 € | 110 € |
| **5x** Essen pro Woche | 156 € | 146 € | 131 € |

**Einzugsermächtigung**

Zuname, Vorname des Kindes Geb. Datum Klasse

Nach der Kostenübersicht für die **Betreuende Grundschule** **an der Zellertal-Schule** beträgt der Elternbeitrag für unser angemeldetes Kind

EURO monatlich

Einzugsermächtigung für 11 Monate im Schuljahr = August beitragsfrei.

Hiermit ermächtige ich die Verbandsgemeindekasse Göllheim den oben genannten Betrag zum 15. eines jeden Monats von meinem angegebenen Konto einzuziehen. Ich behalte mir den Widerruf der Einzugsermächtigung vor.

**Bankverbindung:**

Zuname, Vorname ….…………………………………...................................................................................................….

IBAN ……………………….………………..……………………………………………………………………………………………………………..……

BIC .….…………….…………..………………………………… Bank ……………………………………………….....................................

Datum ……………………………………………………… Unterschrift ……………………………..………………………….…………...