

Gemeinde Berghaupten

Rathausplatz 2, 77791 Berghaupten

Tel. 07803/9677-0,

Fax: 07803/9677-10

e-Mail: gemeinde@berghaupten.de



Anmeldeformular

Betreute Spielgruppe der unter 3jährigen Kinder

Aufnahme am: _____

Angaben zum Kind

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ in: _____

Geschlecht: _____

Wohnort und Straße: _____

Telefon: _____

In Notfällen telefonisch zu erreichen:

Name: _____ Telefon: _____

Sonstige Angaben: _____

Krankheiten/Auffälligkeiten/Allergien: _____

Angaben über die Personensorgeberechtigten

a) Name der Mutter/Personenberechtigten: _____

Wohnort und Straße: _____

Arbeitsstätte* _____

b) Name des Vaters/Personensorgeberechtigten _____

Wohnort und Straße: _____

Arbeitsstätte*: _____

Allgemeine Betreuungszeiten und Ort:

Montag und Donnerstag von 09.00 bis 12.30 Uhr

erweiterte Betreuungszeiten:

Montag und Donnerstag: 8.00 – 12.30 Uhr

(jeweilige Inanspruchnahme bitte ankreuzen)

im Alten Schulhaus, Rathausplatz 4, 77791 Berghaupten

Elternbeitrag

Der Elternbeitrag beträgt 40 Euro für die allgemeine Betreuungszeit und 50 Euro für die erweiterte Betreuungszeit im Monat. Es ist jeweils für den vollen Monat zu bezahlen.

Bitte beachten: SEPA-Lastschriftmandat befindet sich auf einem extra Blatt als Anlage zu diesem Anmeldeformular.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Personensorgeberechtigte/r)

(Unterschrift Personensorgeberechtigte/r)

Aufnahme geprüft. Kind wird ab _____ die Einrichtung „Kleine Strolche“ besuchen.

Impfpflicht nach dem Masernschutzgesetz:

Vorlage Nachweis ja nein

Art des Nachweises (Impfausweis, - pass, ärztliches Zeugnis, Bestätigung)

Vorlage als Original/ (beglaubigte) Kopie

Datum der Vorlage: _____

(Unterschrift Einrichtung)

SEPA-Basis-Lastschriftmandat:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Gemeindekasse Berghaupten von meinem/unserem Konto

Kontoinhaber: _____
(Name/Adresse)

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

SWIFT-BIC: _____

die monatlichen Entgelte für die Teilnahme an der betreuten Spielgruppe jeweils bis spätestens zum 15. eines Monats von unserem Konto mittels SEPA Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom unten genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogene(n) SEPA Basislastschrift einzulösen. Diese Abbuchungsermächtigung gilt bis auf Widerruf (Wiederkehrende Zahlung). Der Kontoinhaber hat zu dem Abbuchungstermin für eine ausreichende Kontodeckung zu sorgen. Für eventuell anfallende Rücklastschriftgebühren haftet der Kontoinhaber.

Die Gläubiger-Identifikationsnummer der Gemeinde Berghaupten lautet: DE11Bgh0000001141. Die Mandatsreferenz wird mit der Rechnung mitgeteilt.

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.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

(Die Abbuchungsermächtigung gilt auch für zukünftige Jahre bis auf Widerruf.)

* Angaben sind freiwillig