

ANMELDUNG Betreuende Grundschule Meudt

Hiermit melden wir unser Kind

(Name, Vorname, Klasse)

verbindlich zur Teilnahme für mindestens ein Schuljahr an der Betreuenden Grundschule in Meudt
zum _____ an.

Ich / Wir benötigen die Betreuung von / bis _____ Uhr.

Die Betreuung wird versicherungsmäßig als Schulveranstaltung anerkannt; ebenso die damit
zusammenhängenden Wege.

Der Elternbeitrag beträgt pro Kind **monatlich 15,-- €** und ist jeweils zum 15. des Monats auf eines
der u. g. Konten der Verbandsgemeindeverwaltung unter Angabe der Haushaltstelle
30/211110.43500000 einzuzahlen. Sofern eine Einzugsermächtigung vorliegt, wird der Betrag zum
gleichen Termin abgebucht.

Der Elternbeitrag ist auch während der Ferien bzw. wenn Ihr Kind nicht an der Betreuung teilnimmt
in voller Höhe zu bezahlen.

Sofern Sie Ihr Kind von der Betreuenden Grundschule abmelden wollen, muss dies **schriftlich** bei
der Verbandsgemeindeverwaltung Wallmerod, Gerichtsstr. 1, 56414 Wallmerod erfolgen. Die
Abmeldung muss zwei Wochen vor Schuljahresende vorliegen.

Die Verbandsgemeinde als Träger der Betreuenden Grundschule muss es sich vorbehalten, aus
wichtigen Gründen (z.B. zu geringe Anzahl der zu betreuenden Kinder) das Betreuungsangebot
einzustellen.

Konten der Verbandsgemeinde Wallmerod

Kreissparkasse Westerwald
IBAN-Nr.:
DE76 5705 1001 0004 0451 67
SWIFT-BIC: MALADE51BMB

Nassauische Sparkasse
IBAN-Nr.:
DE70 5105 0015 0982 0303 07
SWIFT-BIC: NASSDE55XXX

Postbank Frankfurt am Main
IBAN-Nr.:
DE33 5001 0060 0526 9096 01
SWIFT-BIC: PBNKDEFF

Volksbank Montabaur-Höhr-
Grenzhausen eG
IBAN-Nr.:
DE10 5709 1000 0001 0000 04
SWIFT-BIC: GENODE51M0

(Ort und Datum)

(Name und Anschrift der Erziehungsberechtigten)

(Unterschrift)



SEPA-Lastschrift-Mandat (Einzugsermächtigung)

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die

Verbandsgemeinde Wallmerod, Gerichtsstraße 1, 56414 Wallmerod, Gläubiger-ID
DE48VGW00000010163

bis auf Widerruf, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich
weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Verbandsgemeinde Wallmerod 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.

Name (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer:

Plz, Ort:

Kreditinstitut:

IBAN-Nr.

SWIFT-BIC

Ort, Datum

Unterschrift des zahlungsberechtigten Kontoinhabers

