

\_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Wohnort

## **Anmeldung zur Ganztagschule an der Adolf-Reichwein-Grundschule Meudt in Angebotsform**

Mir/Uns bekannt, dass diese Anmeldung für das gesamte Schuljahr verbindlich ist und grundsätzlich nicht während des Schuljahres widerrufen werden kann. Mit dieser Anmeldung ist die Verpflichtung verbunden, dass meine Tochter/mein Sohn an den Angeboten der Ganztagschule an allen vier dafür vorgesehenen Tagen (Montag bis Donnerstag) bis längstens 16.00 Uhr teilnimmt.

**Falls nicht ausdrücklich bis 01.03. eines jeden Jahres schriftlich widersprochen wird, gilt diese Anmeldung jeweils für ein weiteres Jahr.**

Name	Vorname	Geburtsdatum	Klassenstufe im Schuljahr

### **Mittagessen:**

Die Monats-Pauschale in Höhe von 39 € (1-K-F), 58,50 € (2-K-F) oder 78 € (3-K-F) geht zu meinen/unseren Lasten. Aufgrund der Pauschale entfällt eine exakte Abrechnung sowie die Rechnungsstellung. Die Monate Juli und August bleiben jeweils kostenfrei.

Ich/Wir beziehe(n) Sozialhilfe / ALG II. Daher beantrage(n) ich/wir die Übernahme der Kosten für das Mittagessen meines/unseres Kindes. Die ermäßigte Pauschale in Höhe von 16,- € je angemeldetem Kind werde(n) ich/wir entrichten. Den Sozialhilfe-/Hartz IV-Bewilligungsbescheid lege(n) ich/wir bei.

(bitte zutreffendes ankreuzen)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

## 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: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des zahlungsberechtigten  
Kontoinhabers

---

### (Bitte bei Bedarf sorgfältig ausfüllen!)

Mein Kind darf kein Schweinefleisch essen.

Mein Kind darf aus gesundheitlichen Gründen folgende Nahrungsmittel  
oder Inhaltsstoffe nicht zu sich nehmen:

---

---