
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 55 € (1-K-F), 82,50 € (2-K-F) oder 110 € (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

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: _____

Telefon: _____

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:

