

Anmeldung zur Ferienbetreuung in den Osterferien 2020 (Grundschul Kinder)

Erziehungsberechtigte/r: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mein/e Kind/er besuchen die Grundschule _____

Für die Ferienbetreuung in den Osterferien 2020 möchte ich folgende/s Kind/er

(Vorname, Nachname, Geburtsdatum)

(Vorname, Nachname, Geburtsdatum)

für folgenden **Zeitabschnitt**

- 06.04. – 09.04.2020
 14.04. – 17.04.2020

Bitte beachten:
Anmeldung bis spätestens
Freitag, 19. März 2020

anmelden.

Öffnungszeiten: Täglich von 7.00 Uhr bis 13.00 Uhr.

Familienpass: Ja Nein

Familienpass-Nummer: _____ **Gültig bis:** _____

Stadt  **Rottweil**

SEPA-Lastschriftmandat
Elternbeitrag für die Ferienbetreuung

Gläubiger-ID-Nummer: DE12SRW00000014691

Mandatsreferenz: Wird Ihnen noch mitgeteilt.

Ich ermächtige die Stadt Rottweil, Zahlungen für die Ferienbetreuung von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Rottweil auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweise: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Kontoinhaber (falls abweichend bitte ausfüllen): _____

BIC: _____ IBAN: _____
(BIC und IBAN sind auf dem Kontoauszug ersichtlich)

Kreditinstitut: _____

Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

- Nur im Original unterschriebene Mandate können berücksichtigt werden.
- Sollte das angegebene Konto keine Deckung aufweisen und die Bank die Lastschrift zurückgehen lassen, werden die angefallenen Gebühren dem Zahlungspflichtigen in Rechnung gestellt.

Bitte nur im Original einreichen!

Bitte beachten Sie auch Seite 2

Notfall-Nr.

Unter folgender Telefon-Nummer ist tagsüber ständig jemand erreichbar:

Name: _____ Telefonnummer: _____

(Diese Notfallnummer bitte unbedingt angeben!)

Medikamente / Krankheiten / Sonstiges

Bei meinem Kind _____ ist folgendes zu beachten:
(Name)

Einnahme von Medikamenten: Ja, welche: _____
Dosierung _____
 Nein

Krankheiten:
Epilepsie Allergien welche: _____

Sonstige welche: _____

Keine

Sonstiges: _____

Bei meinem Kind _____ ist folgendes zu beachten:
(Name)

Einnahme von Medikamenten: Ja, welche: _____
Dosierung _____
 Nein

Krankheiten:
Epilepsie Allergien welche: _____

Sonstige welche: _____

Keine

Sonstiges: _____