

Anmeldung
für den Besuch der Betreuten Grundschule
in der Grundschule am Nord-Ostsee-Kanal, Standort: Schinkel

Name des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Klassenstufe zum Zeitpunkt der Aufnahme: _____

Aufnahme zum: _____
1. oder 15. eines Monats

Aufnahme für folgenden Betreuungszeitraum:

| | mtl. Gebühr |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Betreuung von 7.00 Uhr bis 14.00 Uhr * | 110,00 Euro |
| <input type="checkbox"/> Betreuung von 7.00 Uhr bis 15.00 Uhr * | 130,00 Euro |

* vor und nach den verlässlichen Grundschulzeiten

Für die interne Planung: Mein/Unser Kind wird durchschnittlich zu folgenden Betreuungszeiten in der Betreuten Grundschule in Schinkel sein:

| | |
|-------------------|--------------------------|
| 07.00 - 08.00 Uhr | <input type="checkbox"/> |
| 12.00 - 13.00 Uhr | <input type="checkbox"/> |
| 13.00 - 14.00 Uhr | <input type="checkbox"/> |
| 14.00 - 15.00 Uhr | <input type="checkbox"/> |

Geschwisterkind/-er in Betreuung in der Betreuten Grundschule in Schinkel:

Nein

Ja

(Name/n, Vorname/n und Klasse/n zum Zeitpunkt der Anmeldung)

Änderungen des Betreuungsumfanges sind grundsätzlich zum Schulhalbjahr und Schuljahresende unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten möglich.

Die Gebührenhöhe und die Kündigungsfristen richten sich nach der jeweils gültigen Satzung der Gemeinde Schinkel für die Benutzung und Gebührenerhebung für die „Betreute Grundschule“ in Schinkel.

Name und Anschrift der Erziehungsberechtigten:

1. Erziehungsberechtigte/r:

sorgeberechtigt

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

2. Erziehungsberechtigte/r:

sorgeberechtigt

_____ (sofern abweichend)

_____ (sofern abweichend)

_____ (sofern abweichend)

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind im Rahmen der Betreuung bzw. bei Veranstaltungen der Betreuten Grundschule fotografiert wird. Die Fotos werden aus datenschutztechnischen Gründen lediglich in der Betreuten Grundschule verwandt; eine Veröffentlichung in Netzwerken erfolgt nicht.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Gebühren zum jeweiligen Fälligkeitstermin durch die Amtskasse des Amtes Dänischer Wohld von meinem Konto abgerufen werden (**bitte anliegendes SEPA-Basislastschriftmandat aufgefüllt beifügen**).

Mit Unterzeichnung dieser Anmeldung erkenne/n ich/wir die Satzung der Gemeinde Schinkel über die Benutzung und Gebührenerhebung für die „Betreute Grundschule“ in Schinkel an. Die jeweils gültige Satzung kann in der Grundschule oder beim Amt Dänischer Wohld, Karl-Kolbe-Platz 1, 24214 Gettorf eingesehen werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des/der 1. Erziehungsberechtigten)

(Unterschrift des/der 2. Erziehungsberechtigten)



SEPA-Lastschrift/Bankeinzugsermächtigung



Das Formular ist nur mit Ihrer Unterschrift gültig (keine Kopie, kein Fax). Bitte senden Sie das Formular per Post an das

Amt Dänischer Wohld
Der Amtsdirektor
Amtskasse
Karl-Kolbe-Platz 1
24214 Gettorf

Gültig ab: _____

Rückwirkend gültig ab: _____

| Bitte ankreuzen und benennen | Kassenzeichen oder betreffendes Grundstück |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer | |
| <input type="checkbox"/> Schmutzwasser | |
| <input type="checkbox"/> Niederschlagwasser | |
| <input type="checkbox"/> Fäkalschlammgebühren | |
| <input type="checkbox"/> Hundesteuer | |
| <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer | |
| <input type="checkbox"/> Miete/Pacht | |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten/Krippe | |
| <input type="checkbox"/> Betreute Grundschule/OGS | |
| <input type="checkbox"/> Schülerbeförderungskosten | |
| <input type="checkbox"/> | |

Ich ermächtige das Amt Dänischer Wohld, alle wiederkehrenden Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Amt Dänischer Wohld auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: (ggf. alle Personen eintragen)

| | |
|------------------------|----|
| Name, Vorname /Firma: | |
| Straße und Hausnummer: | |
| PLZ und Ort: | |
| Telefonnummer: | |
| E-Mail (freiwillig) | |
| Kreditinstitut: | |
| BIC: | |
| IBAN: | DE |

Zahlungspflichtiger, sofern nicht Kontoinhaber

| | |
|------------------------|--|
| Name, Vorname / Firma: | |
| Straße und Hausnummer: | |
| PLZ und Ort: | |
| Telefonnummer: | |
| E-Mail (freiwillig): | |

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Unterschrift Zahlungspflichtiger