

Anmeldung für die Schulkindbetreuung

Käthe-Kollwitz-SchuKiB, Käthe-Kollwitz-Schule, Am Sonnengarten 10

Betreuungsform und Gebühren:

- Schulkindbetreuung 07:30 Uhr bis **15:00** Uhr Betreuungskosten monatlich:
1. Kind: € 93. - 2. Kind: € 69. - 3. Kind: € 46. - **jedes weitere** Kind: € 23. -
- Schulkindbetreuung 07:30 Uhr bis **17:00** Uhr Betreuungskosten monatlich:
1. Kind: € 130. - 2. Kind: € 97. - 3. Kind: € 65. - **jedes weitere** Kind: € 32. -

Für das Mittagessen entstehen **zusätzliche** Kosten von monatlich € 55. - je Kind.

Eine Ermäßigung ist auf Antrag bei der Stadt Mannheim „Fachbereich Arbeit und Soziales“ möglich.

Angaben zum Haushalt:

- Es leben weitere Geschwister unter 18 Jahre im Haushalt.
 Ich bin Alleinerziehende/r

Eingangsdatum / Handzeichen der Verwaltung

Kind:(für jedes Kind bitte eine separate Anmeldung ausfüllen)

Familienname: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____
Geschlecht: männlich weiblich (zutreffendes bitte ankreuzen)
Klasse: _____

Erziehungsberechtigte:

Familienname der Mutter: _____ Vorname der Mutter: _____
Berufstätig: ja nein (zutreffendes bitte ankreuzen)
Anschrift der Mutter: _____

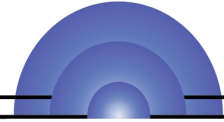
Telefonnummern, privat: _____ Mobil: _____ dienstlich: _____

Familienname des Vaters: _____ Vorname des Vaters: _____
Berufstätig: ja nein (zutreffendes bitte ankreuzen)
Anschrift des Vaters: _____

Telefonnummern, privat: _____ Mobil: _____ dienstlich: _____

Die Teilnahme ist beabsichtigt ab: _____ (Monat) _____ (Jahr)

Freireligiöser Wohlfahrtsverband Baden e. V. Ortsverband Mannheim



Ich bestätige/Wir bestätigen, dass alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß erfolgten. Außerdem versichere ich/versichern wir, dass ich/wir alle Änderungen unverzüglich mitteilen werde/werden. Mir/Uns ist bekannt, dass wissentlich falsche oder unvollständige Angaben die rückwirkende Erhöhung der Kostenbeteiligung zur Folge haben und zu wenig gezahlte Beträge nachgefordert werden. Eine gesonderte Aufforderung bezüglich fehlender Bescheinigungen erfolgt nicht.

Datum

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten

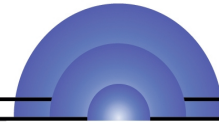
Folgende/s Kinder/Kind, unter 18 Jahren, leben/lebt in meinem/unserem Haushalt (bitte auch das angemeldete Kind mit eintragen):

Name, Vorname	Geburtsdatum

Ich versichere/Wir versichern, die zur Festsetzung der Gebühren erforderlichen Angaben wahrheitsgemäß und vollständig angegeben zu haben. Gebührenrelevante Änderungen werde/n ich/wir dem Freireligiösen Wohlfahrtsverband und dem Fachbereich Bildung unverzüglich mitteilen. Mir/Uns ist bekannt, dass wissentliche falsche oder unvollständige Angaben die rückwirkende Erhöhung der Kostenbeteiligung zur Folge haben und zu wenig gezahlte Beträge nachgefordert werden.

Datum

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten



Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige hiermit jederzeit widerruflich den o. g. Empfänger, die von mir zu entrichtende Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines angegeben Girokontos mit Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht für das kontoführende Institut keine Verpflichtung zur Einlösung. Die Kosten für eventuelle Rücklastschriften bei Nichtdeckung sind von mir zu tragen.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:	Freireligiöser Wohlfahrtsverband Baden e. V. Ortsverband Mannheim L 10, 4-6 68161 Mannheim
Gläubiger-Identifikations-Nr.	DE 95 ZZZ 00000 888913
Mandatsreferenz: (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)	10145-0001

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige hiermit jederzeit widerruflich den o. g. Empfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich der Zahlungsempfänger über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Hinweis:

Ich kann innerhalb acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des gezahlten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	
Anschrift Straße, Haus-Nr. des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) Postleitzahl, Ort	
IBAN des Zahlungspflichtigen:	DE
BIC	DE

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)



Stammdatenblatt

Vorname des Kindes:

Zuname des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes

Geschlecht des Kindes

männlich weiblich (zutreffendes bitte ankreuzen)

Anschrift der Eltern

Name:

Zuname:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

Mobilfunknummer:

Im Notfall kontaktieren (Name & Tel.-Nr.):

Allergien:

Tetanusimpfung: ja nein (zutreffendes bitte ankreuzen)

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:

Krankenversicherung:

Abholberechtigung:

Sonstiges: