

Anmeldeformular

Hiermit melde ich mein Kind _____ geb.: _____

wohnhaft in (Wohnort, Str.) _____

Erziehungsberechtigte/r _____ E-Mail-Adresse _____

Klasse _____ ab (Monat/Jahr) _____ für folgende/s Angebot/e an:

Verlässliche Grundschule:

☐ Basis-Betreuungszeit (7.30 – 8.30 Uhr und 12.00 – 13.00 Uhr)
Kosten: 70,- € / Monat*

☐ erweiterte Betreuungszeit (7.30 – 8.30 und 12.00 – 14.00 Uhr)

☐ 105,- € / Monat* (ohne Mittagessen)

☐ 180,- € / Monat* (mit Mittagessen)

Schülerhort:

☐ an **5** Wochentagen
Kosten: 290,- € / Monat*

☐ an **3** Wochentagen
Kosten: 260,- € / Monat*

☐ an **5** Wochentagen inkl. Basis-Betreuungszeit
Kosten: 325,- € / Monat*

☐ an **3** Wochentagen inkl. Basis-Betreuungszeit
Kosten: 290,- € / Monat*

☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr

(gewünschte Tage bitte ankreuzen)

(*bei jeweils 12 Monatsbeiträgen)

Telefon-Nummern, unter denen ich/wir in der Betreuungszeit im Notfall erreichbar bin/sind:

Dienstlich: _____ Privat: _____

andere Betreuungspersonen: _____

bitte beachten Sie folgende Besonderheiten bei meinem Kind (Allergien, Medikamentierung etc.):

Mein Kind darf alleine nach Hause gehen ☐ ja ☐ nein

Dem Einzug des Monatsbeitrags per Lastschrift stimme ich zu; das ausgefüllte SEPA-Lastschriftsmandat liegt bei. Mit den oben aufgeführten Rahmenbedingungen der Tagesbetreuungsangebote erkläre(n) ich mich/wir uns einverstanden.

Die Betreuungsvereinbarung kann von beiden Vertragsparteien gekündigt werden. Die Frist beträgt einen Monat zum Monatsende und bedarf der Schriftform.

Riegel, den _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten _____

Gültig ab: 01.09.2025

LBZ St. Anton, Hauptstr. 63, 79359 Riegel
Verlässliche Grundschule / Schülerhort



Gläubiger-Identifikationsnummer DE80ZZZ00000738930

Mandatsreferenz _____ (füllt das LBZ aus))

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das LBZ St. Anton, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom LBZ St. Anton auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Einzugsbetrag: _____ **Fälligkeit:** jeweils zum **1. eines Monats**
oder dem darauffolgenden Werktag

Ab dem: _____

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.

Name des Kindes / der Kinder

Vorname u. Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

_____/_____
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE____/____/____/____/____/____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift