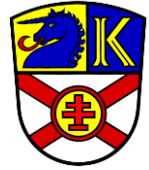


Anmeldung zur OGTS-Ferienbetreuung

Betreuungszeit: 7.30 Uhr bis 13.00 Uhr (Kernzeit/Anwesenheitspflicht ab 8 Uhr)
Betreuungsort: Grundschule Tapfheim
Kosten: 10 € pro Betreuungstag (rückseitige Einzugsermächtigung ausfüllen, falls noch nicht vorliegend)



Vor- und Zunahme des Erziehungsberechtigten

Telefon/Handy (tagsüber erreichbar)

 Straße, HausNr.

 PLZ, Ort

Name des Kindes	Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Klasse
Gesundheitsinformation (Krankheiten, Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten etc.) und Sonstiges, was wir wissen sollten:			
Telefonnummer(n) und Ansprechpartner während der OGTS im Notfall:			

Mein Kind benötigt in den _____ - Ferien eine Betreuung an folgenden Tagen:

Wochentag(e) angeben	Datum angeben

Wochentag(e) angeben	Datum angeben

Mit der Unterschrift des Anmeldeformulars wird die Richtigkeit der vorstehenden Angaben bestätigt.
 Mir ist bekannt, dass - sofern die gebuchten Zeiten ganz oder teilweise nicht in Anspruch genommen werden - kein Anspruch auf Minderung oder Rückerstattung der Beitragsschuld besteht und die Aufsichtspflicht mit dem Ende der gebuchten Zeit endet.
 Die Betreuungstage habe ich notiert.

Falls mein Kind **krank** ist oder aus anderem Grund die Ferienbetreuung **nicht besuchen** kann, werde ich **umgehend** dem Betreuungspersonal Bescheid geben: **Tel. 09070/90 98 118**

 Ort, Datum

 Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

SEPA-Lastschriftmandat - bitte ausfüllen, sofern noch nicht geschehen -



Zahlungsempfänger:

Gemeinde Tapfheim, Ulmer Str. 66, 86660 Tapfheim

Gläubiger-ID:

DE74ZZZ00000088847

Ihre Mandatsreferenz-Nr.

_____ (wird von der Gemeinde ausgefüllt)

Ich ermächtige die Gemeinde Tapfheim, den von mir im Rahmen der OGTS zu entrichtenden Elternbeitrag für die **Ferienbetreuung** meines Kindes

_____ von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Name u. Vorname des Kindes

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Tapfheim auf mein Konto gezogenen 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.

Name/Vorname des Kontoinhabers

_____ Name

_____ Vorname

Anschrift des Kontoinhabers

_____ Straße

_____ Haus-Nr.

_____ PLZ

_____ Ort

_____ Telefon-Nr.

Kreditinstitut

_____ Name und Ort des Kreditinstituts

BIC

_____ (BIC: Bank Identifier Code)

IBAN

DE _____

(IBAN: International Bank Account Number)

Unterschrift(en)

_____ Ort

_____ Datum

_____ Unterschrift(en)