



AWO Lahn-Dill  
Soziale Dienste gGmbH  
Walkmühlenweg 5  
35745 Herborn  
Hannelore Otto  
Tel.: 02772-9596-32  
Fax: 02772-9596-30

## Aufnahmeformular zur Betreuung der Fritz-Philippi-Schule in Breitscheid

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

### Angaben zum Kind:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Straße/Hnr./PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

### Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

Nachname Mutter: \_\_\_\_\_ Vorname Mutter: \_\_\_\_\_

Nachname Vater: \_\_\_\_\_ Vorname Vater: \_\_\_\_\_

Im Notfall zu erreichen: privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

dienstlich: \_\_\_\_\_ weitere: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### Abholberechtigung:

Folgende weitere Personen sind berechtigt das o.g. Kind aus der Betreuung abzuholen:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

### Besonderheiten (Allergien, Unverträglichkeiten u.ä.):

---

---

### Einverständniserklärung:

Mein/unser Kind kann den Weg nach Hause ab \_\_\_\_\_ Uhr alleine antreten.

- ja  
 nein (bitte zutreffendes ankreuzen)

Die Bedingungen sind mir/uns bekannt und erkläre/n mich/uns damit einverstanden. Mit der Speicherung der persönlichen Daten, (zu Verwaltungszwecken) bin ich/sind wir einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



AWO Lahn-Dill  
Soziale Dienste  
gGmbH  
Walkmühlenweg 5  
35745 Herborn  
Hannelore Otto  
Tel.: 02772-9596-32  
Fax: 02772-9596-30

## **Anmeldung** **Betreuung Fritz-Philippi-Schule Breitscheid**

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Mein Kind \_\_\_\_\_

soll ab dem Monat \_\_\_\_\_ im Schuljahr \_\_\_\_\_

die Betreuung der Fritz-Philippi-Schule in Breitscheid besuchen.

Dazu wähle ich verbindlich die angekreuzte Betreuungsvariante aus.

- |                          |                             |       |               |              |
|--------------------------|-----------------------------|-------|---------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Paket 1:                    | Mo-Fr | bis 14.30 Uhr | 75,- €/Monat |
| <input type="checkbox"/> | Paket 2:                    | Mo-Fr | bis 16.00 Uhr | 90,- €/Monat |
| <input type="checkbox"/> | Regelmäßiger Einzeltag kurz |       | bis 14.30 Uhr | 9,- €/Tag    |
| <input type="checkbox"/> | Regelmäßiger Einzeltag lang |       | bis 16.00 Uhr | 11,- €/Tag   |

Mo Di Mi Do Fr

(Regelmäßige Einzeltage werden stets für einen kompletten Abrechnungszeitraum gebucht)

Die 10er-Karte (Verlängerung) ist zum Preis von 35,00 € in der Betreuung zu erhalten.

Name der Eltern :

\_\_\_\_\_

Unterschrift eines/r : \_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigten

Bitte die Anmeldung, das Aufnahmeformular und die Eizugsermächtigung in der Betreuung abgeben oder an die AWO nach Herborn senden.

SEPA-Lastschriftmandat  
SEPA Direct Debit Mandate



**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Dienste der Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Lahn-Dill-Kreis mbH

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Walkmühlenweg 5

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

35745 Herborn

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

66AWO00001924910

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Zahlungsart / Type of payment:**

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address**

**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

**Land / Country:**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):**

**BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

**Ort / Location:**

**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

manuell