



AWO Lahn-Dill
Soziale Dienste gGmbH
Walkmühlenweg 5
35745 Herborn

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: _____

Im Notfall zu erreichen: privat: _____ mobil: _____

dienstlich: _____ weitere: _____

E-Mail-Adresse: _____

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/unsere Kind kann den Weg nach Hause ab _____ Uhr allein antreten.

ja nein (bitte zutreffendes ankreuzen)

Die Bedingungen für die Teilnahme am Betreuungsangebot der Fritz-Philippi-Schule in Breitscheid sind mir/uns bekannt und ich / wir 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

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 | 88,-€/Monat | |
| <input type="checkbox"/> | Paket 2: | Mo-Fr | bis 16:00 Uhr | 103,-€/Monat | |
| <input type="checkbox"/> | Regelmäßiger Einzeltag kurz | | bis 14:30 Uhr | 12,-€/Tag | |
| <input type="checkbox"/> | Regelmäßiger Einzeltag lang | | bis 16:00 Uhr | 14,-€/Tag | |
| | <input type="checkbox"/> Mo | <input type="checkbox"/> Di | <input type="checkbox"/> Mi | <input type="checkbox"/> Do | <input type="checkbox"/> Fr |
| | (Regelmäßige Einzeltage werden stets für einen kompletten Abrechnungszeitraum gebucht) | | | | |
| <input type="checkbox"/> | unregelmäßiger Einzeltag | | bis 16:00 Uhr | 18,-€/Tag | |

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

Name der
Erziehungsberechtigten: _____

Unterschrift der
Erziehungsberechtigten: _____

Bitte die Anmeldung, das Aufnahmeformular und die Einzugsermächtigung in der Betreuung abgeben oder an die AWO in 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