

Anmeldung

Schuljahr 2020/21

Hiermit melde(n) ich/wir ab: _____ meine(n) Tochter/Sohn _____

Klasse: _____ in der **Eichendorff-Grundschule Hof** in die

- **Offene Ganztagsschule - Kurzgruppe**
(Montag - Donnerstag bis 14:00 Uhr)
- Zusatzangebot** monatlich 10,00 € _____ €
(Freitag bis 14:00 Uhr)
- **Offene Ganztagsschule**
(Montag – Donnerstag bis 16:00 Uhr)
- Zusatzangebot** monatlich 40,00 € _____ €
- • **tägliche Öffnungszeit bis 16:30 Uhr, auch am Freitag**
• **Ferienbetreuung:** Ausflüge, Besichtigungen, Beschäftigungsangebote
in der Einrichtung ganztags in den Herbstferien, Winterferien, Osterferien,
Pfingstferien oder Sommerferien (genaue Termine zum Schuljahresbeginn).
- **Mittagessen** monatlich 45,00 € _____ €
(inkl. Getränke, Obst, Gebäck)

des

Kinderschutzbundes OV Hof e. V.
Bürgerstraße 26, 95028 Hof, Telefon: 09281 8504121, Fax: 09281 8504120

an.

Ich/wir stimmen der **Kontaktaufnahme mit den Lehrkräften** meines/unseres Kindes zu, um die schulischen Leistungen Ihres Kindes abzustimmen und bei den Lernbemühungen unterstützen zu können.

Zutreffendes bitte ankreuzen: ja nein

Ich/wir sind damit einverstanden, dass **Foto- und Videoaufnahmen** meines/unseres Kindes, die während der Offenen Ganztagsschule und Freizeit- und Ferienbetreuungen entstanden sind, veröffentlicht werden dürfen:

bei Veranstaltungen der Offenen Ganztagesesschule

in der Tagespresse/Tageszeitung

im Internet.

(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

Ich/wir erkläre(n), dass ich/wir das Kind **täglich** in die Betreuungseinrichtung schicke(n).

Name/Vorname des Erziehungsberechtigten: _____

Straße/Hausnr.: _____, PLZ und Ort: _____

Telefon: _____

Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:
Deutscher Kinderschutzbund OV Hof
Enoch-Widman-Straße 50
95028 Hof

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE63ZZZ00000271114
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige den **Deutschen Kinderschutzbund OV Hof**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Deutscher Kinderschutzbund OV Hof auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Lastschrift erfolgt jeweils zwischen dem 10. bis 22. jeden Monats.

Ihre Bankverbindung bitte sorgfältig ausfüllen und nochmals vor Abgabe überprüfen:

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Telefon/Fax: _____

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kontodaten

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)

BIC (8 oder 11 Stellen)

Name der Bank

Ort, Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)