

ANMELDUNG zur Betreuenden Grundschule
Wallmerod

Hiermit melden wir unser Kind

(Name, Vorname, Klasse)

verbindlich zur Teilnahme **für mindestens ein Schuljahr** an der Betreuenden Grundschule in Wallmerod zum _____ an.

Betreuung bis _____ Uhrzeit.

Die Betreuung wird versicherungsmäßig als Schulveranstaltung anerkannt; ebenso die damit zusammenhängenden Wege.

Der Elternbeitrag beträgt pro Kind *monatlich* 20,-- € und ist jeweils zum 15. des Monats auf eines der u. g. Konten der Verbandsgemeindeverwaltung unter Angabe der Haushaltstelle **30/211180.435000000** zu überweisen. Sofern eine Einzugsermächtigung vorliegt, wird der Betrag zum 15. des Monats abgebucht.

Ausschluss von der Betreuenden Grundschule bei Nichtzahlung

! der Elternbeiträge (§ 2 Abs. 4 Nr. 1 der Satzung über die
Betreuungsangebote an den Grundschulen in der VG Wallmerod)

Der Elternbeitrag entsteht ab dem Monat, zu dem das Kind in die Betreuende Grundschule aufgenommen ist. Der Elternbeitrag ist monatlich für jeden begonnenen Betreuungsmonat in voller Höhe zu entrichten. Der Monat, in den der größte Teil der Sommerferien fällt, ist beitragsfrei.

Sofern Sie Ihr Kind von der Betreuenden Grundschule abmelden wollen, muss dies **schriftlich** bei der Verbandsgemeindeverwaltung Wallmerod, Gerichtsstr. 1, 56414 Wallmerod erfolgen. Die Abmeldung muss zwei Wochen vor Monatsende vorliegen.

Die Verbandsgemeinde als Träger der Betreuenden Grundschule muss es sich vorbehalten, aus wichtigen Gründen (z.B. zu geringe Anzahl der zu betreuenden Kinder) das Betreuungsangebot einzustellen.

Konten der Verbandsgemeinde Wallmerod

Nassauische Sparkasse IBAN DE70 5105 0015 0982 0303 07

Sparkasse Westerwald-Sieg IBAN DE65 5735 1030 0004 0451 67

(Ort und Datum)

(Name und Anschrift der Erziehungsberechtigten)

(Telefonnummer)



(Unterschrift)

SEPA-Lastschrift-Mandat (Einzugsermächtigung)

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die

Verbandsgemeinde Wallmerod, Gerichtsstraße 1, 56414 Wallmerod, Gläubiger-ID
DE48VGW00000010163

bis auf Widerruf, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift
einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der
Verbandsgemeinde Wallmerod 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.

Name (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer:

Plz, Ort:

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN:

Ort

Datum

Unterschrift des zahlungsberechtigten
Kontoinhabers
