



Telefon Betreuung: 05674 – 9210065

## Vereinbarung über die Teilnahme an der Nachmittagsbetreuung

Frau/Herr/Familie:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

vereinbart mit dem Träger, dem

**Förderverein Mittelpunktschule Wilhelmsthal e.V.**

**Weserstr. 9**

**34379 Calden**

die **Teilnahme an der Nachmittagsbetreuung** des Schülers/der Schülerin:

Name:

Klasse:

Die Vereinbarung gilt für die Zeit von **13.30 Uhr - 17 Uhr** montags bis freitags.

Für die Ferienbetreuung muss ein gesonderter Vertrag vereinbart werden.

An den beweglichen Ferientagen ist die Betreuung immer geschlossen.

Den Unterzeichnern sind die Inhalte und Rahmenbedingungen des Grundkonzeptes bekannt. Die Erziehungsberechtigten sind verpflichtet, Abwesenheit/Krankheit des Kindes rechtzeitig anzuzeigen.

Gravierende Verstöße gegen Hausordnung und Festlegungen im pädagogischen Betreuungskonzept können zum Ausschluss des Schülers/der Schülerin führen.

Für die Förderung und Betreuung des Kindes wird eine Gebühr von **10 € pro Tag inkl. Mittagessen** erhoben, die am Monatsanfang des Folgemonats vom Trägerverein eingezogen wird. Die Erteilung eines **SEPA-Lastschriftmandats ist Voraussetzungen** für das Zustandekommen des Vertrages und die **Mitgliedschaft im Förderverein** (Jahresbeitrag mind. 12 €) ist wünschenswert.

Erziehungsberechtigte und Träger erhalten jeweils ein Exemplar dieser Vereinbarung. Dieser Vertrag kann zum Monatsende gekündigt werden.

---

Ort/Datum

Unterschrift des Trägers

Unterschrift der/des

Erziehungsberechtigten

Gläubiger-Identifikationsnummer DE93520518770000002840

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein Mittelpunktschule Wilhelmsthal e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von o. g. Förderverein auf mein Konto gezogene 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.

Vorname & Name (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name und BIC): \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum und Unterschrift

**VORSTAND:**

1. Vorsitzende: Angelika Disse

2. Vorsitzende: Liane Reichl

Kassenwartin: Katja Düsterhöft

Schriftführerin: Janine Kloppmann

Tel: 05677/920126

Tel: 05677/922940

Tel: 05677/1833

Tel: 05677/922767

**BANKVERBINDUNG:**

Raiffeisenbank Hessen Nord eG

IBAN DE50520635500005062390

Stadtsparkasse Grebenstein

IBAN DE93520518770000002840

