



## Anmeldebogen für den Schülerhort Steinmauern

### Erziehungsberechtigter/Eltern:

Name	Vorname	Anschrift	Telefon-Nr.	E-Mail

### Kind:

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer	Klassenstufe
PLZ, Ort	Staatsangehörigkeit
Gewünschte Betreuungszeiten <input type="checkbox"/> Kernzeit <input type="checkbox"/> Kernzeit mit 5 x Mittagessen <input type="checkbox"/> Ganztags mit 5 x Mittagessen <input type="checkbox"/> Flexible Ganztagsbetreuung mit 2 x Mittagessen <input type="checkbox"/> Mo. <input type="checkbox"/> Di. <input type="checkbox"/> Mi. <input type="checkbox"/> Do. <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> Flexible Ganztagsbetreuung mit 5 x Mittagessen	Aufnahmedatum

**Die Hortordnung wird zur Kenntnis genommen und anerkannt, insbesondere § 5 Abs. 3. Bei Wechsel in eine andere Betreuungsform muss die Kündigung jeweils zwei Wochen vor Monatsende schriftlich erfolgen.**

- Wir versichern, dass in der Wohngemeinschaft des Kindes in den letzten sechs Wochen eine übertragbare Krankheit (z. B. Diphtherie, Masern, Röteln, Scharlach, Windpocken, Keuchhusten, Mumps, Tuberkulose, Kinderlähmung, Gelbsucht übertragbare Erkrankungen von Augen, Haut und Darm) nicht vorgekommen ist und dass auch gegenwärtig kein Verdacht einer solchen Krankheit vorliegt.
- Wir verpflichten uns, das Kind sofort vom Besuch der Einrichtung fernzuhalten, wenn bei ihm oder in der Wohngemeinschaft des Kindes eine übertragbare Krankheit auftritt oder sich der Verdacht einer solchen Krankheit ergibt. Erkrankt das Kind an einer übertragbaren Krankheit oder wird dies vermutet, wird die Leitung der Einrichtung unbeschadet sonstiger Meldepflichten unverzüglich benachrichtigt.

Datum	Unterschrift des Erziehungsberechtigten	Unterschrift des Erziehungsberechtigten
-------	---	---

Gemeinde Steinmauern  
Hauptstraße 82  
76479 Steinmauern



DE70ZZZ00000220645  
Gläubiger-Identifikationsnummer

## SEPA-Lastschriftmandat

Forderungsart:

oder ggf.

Buchungszeichen:

Ich/Wir ermächtige/n die Gemeindekasse Steinmauern, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/weisen ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Steinmauern auf mein/unser Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/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.

Die Lastschriften werden zu den Fälligkeitszeitpunkten bewirkt, die in den Bescheiden, Rechnungen und Verträgen ausdrücklich genannt sind. Dort werden auch die genauen Einziehungsbeträge genannt. Fällt der Termin auf ein Wochenende bzw. einen Feiertag wird am darauf folgenden Werktag abgebucht.

Zahlungspflichtiger: (Kontoinhaber)	
Name, Vorname/Firma:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Kreditinstitut (Name):	
BIC:	
(8 oder 11 Stellen)	
IBAN:	
(max. 22 Stellen)	
Zahlungsart	wiederkehrende Zahlungen
Datum, Unterschrift/en Kontoinhaber	

**WICHTIG:** Die Erteilung dieser Einzugsermächtigung sowie des SEPA-Basislastschriftmandats ist nur mit Originalunterschrift gültig. Zusendungen per E-Mail oder Fax können nicht angenommen werden.

Hinweise zum Datenschutz (Verordnung (EU) 2016/679, Datenschutz-Grundverordnung, DSGVO): Die im SEPA-Mandat erhobenen personenbezogenen Daten werden grundsätzlich zur Durchführung der SEPA-Lastschrift verwendet. Die Informationen zum Datenschutz - insbesondere zu den Informationspflichten bei der Erhebung personenbezogener Daten nach den Artikeln 13 und 14 DSGVO - werden Ihnen auf Anfrage bereitgestellt.