

JJ e. V. - Schulbetreuung Altenstadt

Fritz-Kreß-Straße 9 Fon: 06047 9854410 E-Mail: Schulbetreuung-altenstadt@jj-ev.de Zertifiziert nach 63674 Altenstadt Fax: Internet: www.jj-ev.de DIN EN ISO 9001:2015

<u>A</u>	<u>nmeldung f</u>	<u>ür 1. und</u>	<u> 2. Kla</u>	<u>sse</u>			
Bitte in Druckschrift ausfüllen! Danke!							
Name, Vorname des Kindes		Geschlecht weiblich männlich	Geburtsdati	um	Staatsangehörigkeit		
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)					Telefon		
E-Mail-Adresse							
Liegen gesundheitliche oder andere Beei ☐ ja ☐ nein Falls ja: Welche?	nträchtigungen vor, c	lie eine besond	ere Betreu	ung de	es Kindes erforderlich machen?		
derzeitige Klasse (falls bekannt)	lehrer/-in (falls be	rer/-in (falls bekannt)					
Name, Vorname der Mutter/Erziehungsberechtigter	Name, Vornar	Name, Vorname des Vaters/Erziehungsberechtigten					
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)	Anschrift (Stra	Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)					
Telefon – privat/mobil	Telefon – priva	Telefon – privat/mobil					
Telefon - beruflich/dienstlich	Telefon - beru	Telefon - beruflich/dienstlich					
Berufstätig: Mutter Vater	Alleinerzie	Alleinerziehend: Mutter Vater					
Ich möchte/ Wir möchten ab 01.[folgende Bet	euungsa	ngeb	ote buchen:		
Pauschalbetreuung (nur für alle Wochentage buchbar)	Uhrzeiten	Kosten pro	Monat				
P-Ganztagsbetreuung-17	11:50- 17:00 Uhr	226,00	€				
P-Ganztagsbetreuung-16	11:50- 16:00 Uhr	205,00	€				
P-Halbtagsplatz	11:50- 14:00 Uhr	137,00	€				
P-Frühaufsicht	7:00 – 8:00 Uhr	42,00	€				
☐ Ich beabsichtige, einen Antrag auf Üb☐ Ich beabsichtige, einen Antrag auf Zu:							
Ort, Datum und Unterschrift des/der Erziehungsb							

Gläubiger-Identifikationsnummer DE13JJF00000530228 Mandatsreferenz (wird im Betreuungsvertrag mitgeteilt)



Ich ermächtige den Verein Jugendberatung und Jugendhilfe e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/e Kreditinstitut/Bank an, die von Jugendberatung und Jugendhilfe e. V. 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 von meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Vorname	Nachname (Kontoinhaber/in)							
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort							
Name der Bank								
IBAN								
DIC.								
BIC								
	1							
Ort		Datum						
Hatarah vift dar Kantainhaharin / dan Kantainhahar								
Unterschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhaber								