

Anmeldung zum Mittagessen für Schüler*innen der Ganztagsgrundschule Oberweissach

SERVICESTELLE KINDERBETREUUNG

Fr. Assmann / Fr. Kemmler
Telefon: 07191/ 3531-27/26
E-Mail: Kinderbetreuung@weissach-im-tal.de

Ganztagsgrundschule Oberweissach

Kammerhofweg 25
Telefon: 07191/ 35901-12
E-Mail: GTSOW@weissach-im-tal.de

Angaben zum Kind

Name:	Vorname:	Klasse:
-------	----------	---------

Warmes Mittagessen: Ein- bis fünfmal wöchentlich (Bitte ankreuzen)

Die Kosten werden 11- Mal jährlich erhoben, kostenfrei ist der Monat August.

<input type="checkbox"/> Einmal 12,00 €/mtl.	<input type="checkbox"/> Zweimal 24,00 €/mtl.	<input type="checkbox"/> Dreimal 36,00 €/mtl.	<input type="checkbox"/> Viermal 48,00 €/mtl.	<input type="checkbox"/> Fünfmal 60,00 €/mtl.
---	--	--	--	--

Ich nehme das Essen an folgenden Tagen in Anspruch (Bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

Eigenes Vesper (Bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------

Kombinationsmöglichkeit: Mittagessen / Vesper (Bitte ankreuzen)

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Mittagessen <input type="checkbox"/>	Mittagessen <input type="checkbox"/>	Mittagessen <input type="checkbox"/>	Mittagessen <input type="checkbox"/>	Mittagessen <input type="checkbox"/>
Vesper <input type="checkbox"/>	Vesper <input type="checkbox"/>	Vesper <input type="checkbox"/>	Vesper <input type="checkbox"/>	Vesper <input type="checkbox"/>

Bitte beachten Sie, dass auf Lebensmittelunverträglichkeiten keine Rücksicht genommen werden kann, das Tauschen der Tage nicht möglich und freitags keine Ganztagschule ist. Zum Essen wird Tee angeboten.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte

Gemeinde Weissach im Tal
SERVICESTELLE KINDERBETREUUNG
Kirchberg 2 – 4
71554 Weissach im Tal

SEPA – Basislastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE67ZZZ00000112447

Zahlungspflichtige(r)

Zuname, Vorname/Firma: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC: _____

IBAN: DE _____

Nur auszufüllen, wenn abweichend von dem Zahlungspflichtigen:

Kontoinhaber/-in: _____

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift/-en, Kontoinhaber/-in)

**Das Formular ist nur mit Datum und Originalunterschrift gültig.
Formulare, die in Kopie, per Fax oder per Mail eingereicht werden, sind ungültig.**