

Anmeldung 2025 / 2026

NACHMITTAGSBETREUUNG

an der Auwiesenschule Horheim-Schwerzen

Für die Betreuungszeiten der Nachmittagsbetreuung an der Auwiesenschule Horheim Schwerzen (tgl. 14.00 Uhr – 16.30 Uhr) melden wir

.....
Name, Vorname des Kindes

verbindlich an.

Mein / unser Kind soll ab dem an folgenden Wochentagen betreut werden:

.....

Die Gebühren betragen (analog der Gebühren der Verlässlichen Grundschule):

35,00 Euro/Monat für ganze Woche Betreuung (1. Kind einer Familie)

20,00 Euro/Monat für ganze Woche Betreuung (2. Kind einer Familie)

9,00 Euro/Monat für 1 Tag Betreuung pro Woche

18,00 Euro/Monat für 2 Tage Betreuung pro Woche

27,00 Euro/Monat für 3 Tage Betreuung pro Woche

Fälligkeit: zum 15. jeden Monats

Mein / unser Kind nimmt ab verbindlich an folgenden Wochentagen am

Mittagessen teil

Änderungen bei der Essensteilnahme müssen rechtzeitig vorher mitgeteilt werden.

Die Gebühren betragen 4,40 €/Essensteilnahme

Name der Eltern:

Anschrift:

Telefon-Nr.:

Datum:

Unterschrift:

.....

.....

Diese Anmeldung gilt unverändert über den Schuljahreswechsel hinaus. Der Monat August ist und bleibt weiterhin gebührenfrei. Bei einer Abmeldung sowie einer Änderung des Betreuungsumfangs bitten wir um eine Mitteilung an die jeweilige Betreuerin Ihres Kindes.

SEPA-Lastschriftmandat

| | |
|--|--|
| Name des Zahlungsempfängers | Gemeinde Wutöschingen |
| Anschrift des Zahlungsempfängers | Kirchstr. 5, 79793 Wutöschingen |
| Gläubiger-Identifikationsnummer | DE47ZZZ00000142877 |
| Mandatsreferenz vom Zahlungsempfänger auszufüllen | NACHMITTAGSBETREUUNG AUWIESENSCHULE |
| Zahlungsart | <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung |

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die **Gemeinde Wutöschingen**, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Wutöschingen 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 und Anschrift des Zahlungspflichtigen - Kontoinhaber | Name |
| | Straße und Hausnummer |
| | PLZ und Ort |
| | Land |
| Bankdaten | IBAN des Zahlungspflichtigen |
| | BIC 8 oder 11 Stellen |
| Ort | |
| Datum (TT/MM/JJJJ) | |
| Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) | |