

Verbindliche Anmeldung zum Besuch des Kindergarten „Mozartstraße“ ab dem Kindergartenjahr 2022/2023

(bis zum Schuleintritt oder bis zu einer Kündigung)

Vorname des Kindes _____ Nachname _____

Straße, Hausnummer _____

Geburtsdatum des Kindes _____ Telefonnummer _____

Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder unter 18 Jahren: _____

Mein Kind wird den Kindergarten „Mozartstraße“ ab _____ besuchen.
Datum (Beginn der Eingewöhnung)

*(Bitte beachten Sie, dass sich an die Aufnahme eine Eingewöhnungszeit von ca. 2 Wochen anschließt!
In der Zeit wird i.d.R. noch nicht die komplette Betreuungszeit abgedeckt)*

Mein Kind wird den Kindergarten „Mozartstraße“ in der Mozartstraße zu folgenden Zeiten besuchen:

- A) Regelöffnungszeiten (RG)**
Montag bis Freitag von 8.00 Uhr bis 12.30 Uhr und
Montag bis Donnerstag von 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr
- B) Durchgehende Betreuung (VÖ)**
Montag bis Freitag von 7.00 Uhr bis 14.00 Uhr
- C) Ich wähle folgendes Betreuungsmodell und belege es zu folgenden Zeiten:**
(je nach Wunsch Modell A oder B in die einzelnen Tage eintragen)
- Die Abschaffung dieses Modells bleibt
bei einer sinkenden Kinderzahl
vorbehalten*

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

Mindestbuchungstage: 5 Tage

Abbuchung der Betreuungsgebühren

Die monatliche Betreuungsgebühr in Höhe von _____ € (siehe Gebührenübersicht)
wird von Ihrem Konto abgebucht.

Füllen Sie bitte hierzu beigefügtes SEPA-Lastschriftmandat aus.

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bestätigt:

Deckenpfronn, den _____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

SEPA-Lastschriftmandat



Deckenpfronn

Füllen Sie dieses Formular aus und senden Sie es an:

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Gemeinde Deckenpfronn
Marktplatz 1
75392 Deckenpfronn

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE53ZZZ00000077100

Die Mandatsreferenz wird Ihnen in einem separaten Schreiben von der Gemeinde mitgeteilt.

Bitte beachten Sie:

Die Teilnahme am Lastschriftverfahren ist freiwillig. Das Lastschriftmandat kann jederzeit widerrufen und beendet werden. Die Ermächtigung ist **nur mit Datum und Originalunterschrift** gültig. Formulare, die in Kopie, per Fax oder per E-Mail eingereicht werden, sind ungültig.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Gemeinde Deckenpfronn von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Deckenpfronn 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.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für folgende Forderungen:

Wiederkehrende Zahlungen für Einmalige Zahlung für

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grundsteuer A | <input type="checkbox"/> Grundsteuer B | <input type="checkbox"/> Gewerbesteuer |
| <input type="checkbox"/> Hundesteuer | <input type="checkbox"/> Wasser-/Abwassergebühren | <input type="checkbox"/> Miete/Pacht |
| <input checked="" type="checkbox"/> Betreuungsgebühren | <u>Kindergarten „Mozartstraße“</u>
(Kiga Pusteblume, Kiga Mozartstraße, Kinderkrippe Sonnenhaus, KiTa Lüsse oder VGS) | |
| <input type="checkbox"/> Essensgebühren | _____ | |
| | (Kiga Pusteblume, Kinderkrippe Sonnenhaus oder VGS) | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | _____ | |

Angaben zum Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in)

Name, Vorname (Firma) _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

IBAN (max. 34 Stellen) _____

BIC (8 oder 11 Stellen) _____ Bank _____

Ort, Datum _____

Unterschrift Kontoinhaber/-in _____