



Arbeiterwohlfahrt
Kreisverband
Lahn-Dill e.V.
Walkmühlenweg 5
35745 Herborn

Tel.: 02772-9596-32
Fax: 02772-9596-30

Aufnahmeformular zur Betreuung an der Ambachtalschule in Herborn-Burg

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Angaben zum Kind:

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Klasse: _____

Straße/Hnr./PLZ/Wohnort: _____

Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

Nachname Mutter: _____ Vorname Mutter: _____

Nachname Vater: _____ Vorname Vater: _____

Im Notfall zu erreichen: privat: _____ mobil: _____

dienstlich: _____ weitere: _____

E-Mail-Adresse: _____

Abholberechtigung:

Folgende weitere Personen sind berechtigt das o.g. Kind aus der Betreuung abzuholen:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Besonderheiten (Allergien, Unverträglichkeiten u.ä.):

Einverständniserklärung:

Mein/unser Kind kann den Weg nach Hause ab _____ Uhr alleine antreten.

ja

nein (bitte zutreffendes ankreuzen)

Die Bedingungen sind mir/uns bekannt und erkläre/n mich/uns damit einverstanden. Mit der Speicherung der persönlichen Daten, (zu Verwaltungszwecken) bin ich/sind wir einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift



Arbeiterwohlfahrt
Kreisverband
Lahn-Dill e.V.
Walkmühlenweg 5
35745 Herborn

Tel.: 02772-9596-32
Fax: 02772-9596-30

Anmeldung Betreuung Ambachtalschule in Herborn-Burg

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Mein Kind _____

soll ab dem Monat _____ im Schuljahr _____

die Betreuung der Ambachtalschule in Burg besuchen.

- | | | |
|--------------------------|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Frühbetreuung 7:30-8:30 Uhr | 15,- €/Monat |
| <input type="checkbox"/> | Paket 1 Montag-Freitag bis 14:00 Uhr | 90,- €/Monat |
| <input type="checkbox"/> | Paket 2 Montag-Freitag bis 16:00 Uhr | 105,- €/Monat |
| <input type="checkbox"/> | regelmäßiger Einzeltag bis 14:00 Uhr
<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr | 11,50 €/Tag |
| <input type="checkbox"/> | regelmäßiger Einzeltag bis 16:00 Uhr
<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr | 13,- €/Tag |
| <input type="checkbox"/> | unregelmäßiger Einzeltag bis 16:00 Uhr | 15,- €/Tag |

- Mein Kind soll in der Betreuung auch Mittagessen einnehmen.
Den Preis für das Mittagessen können wir aufgrund eines Wechsels des Caterers derzeit noch nicht sagen und geben diesen noch bekannt.

(Kinder die über 14.00 Uhr hinaus bleiben, sollten in jedem Falle ein Mittagessen einnehmen.)

Name der Eltern : _____

Unterschrift eines/r : _____
Erziehungsberechtigten

Bitte die Anmeldung, das Aufnahmeformular und die Eizugsermächtigung
in der Betreuung abgeben oder an die AWO nach Herborn senden.

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Lahn-Dill e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Walkmühlenweg 5

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

35745 Herborn

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE61AWO00000270374

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: