Bürger-Nr. _____ erfasst am: _____
(wird von VG ausgefüllt) (wird von VG ausgefüllt)

Anmeldung
für die Teilnahme am Betreuungsangebot
der Grundschule Hoppstädten-Weiersbach
für das Schuljahr 2026/2027

Hiermit melde ich mein Kind für das Betreuungsangebot, gem. **Betreuungsordnung,** in der Grundschule Hoppstädten-Weiersbach verbindlich an.
Mir ist bekannt, dass die Kosten der **Mittagsverpflegung zusätzlich zu zahlen** sind.

Name, Vorname des Kindes	**Klasse**	**Geb.-Datum**

Name, Vorname der Eltern/Sorgeberechtigten	Telefon: Handy/Privat und E-Mail-Adresse
Anschrift	**Betreuungsbeginn**
Kontaktperson bei Abwesenheit der Sorgeberechtigten	Telefon: Handy/Privat
Abholberechtigte	Besondere Hinweise z.B. Allergien etc.

Monatliche Elternbeiträge
14,00 € bei bis zu **5**-stündiger Betreuung in der Woche
27,00 € bei bis zu **10**-stündiger Betreuung in der Woche
40,00 € bei bis zu **15**-stündiger Betreuung in der Woche
53,00 € bei über **15**-stündiger Betreuung in der Woche
Befinden sich Geschwisterkinder in der Betreuung, werden die Stunden von den Kindern zusammengezählt und abgerechnet.

Betreuungsbedarf (bitte ankreuzen)

	Montag	**Dienstag**	**Mittwoch**	**Donnerstag**	**Freitag**
07.00 – 08.00 Uhr					
12.00 – 13.00 Uhr					
13.00 – 14.00 Uhr					
14.00 – 15.00 Uhr					
15.00 – 16.00 Uhr					
mit Essen					

Ich/wir versichere/n, dass meine/unsere Angaben richtig und vollständig sind und dass ich/wir alle Änderungen sofort dem Schulträger mitteile/n.

Datum	**Unterschriften der Sorgeberechtigten**

Bitte wenden →

SEPA–Lastschriftmandat für SEPA–Basislastschriften
(Erteilung einer Einzugsermächtigung)

Verbandsgemeinde Birkenfeld
Schneewiesenstr. 21
55765 Birkenfeld

Zahlungsempfänger: Verbandsgemeinde Birkenfeld
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE48BIR00000102313

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger – Verbandsgemeinde Birkenfeld – Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger – Verbandsgemeinde Birkenfeld – auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Änderungen meiner/unserer Bankverbindung werde/n ich/wir unverzüglich mitteilen.

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.

Verwendungszweck: Betreuungsgebühr Grundschule Hoppstädten-Weiersbach
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

SEPA-Lastschriftmandat ist gültig:

☐ ab sofort

☐ ab dem _____

Name des Kontoinhabers:

Anschrift des Kontoinhabers (falls nicht Sorgeberechtigte/r):

Verwandtschaftsverhältnis zum Kind (falls nicht Sorgeberechtigte/r):

IBAN:

BIC:

Ort, Datum Unterschrift/en des/r Kontoinhaber/s

Die Verbandsgemeinde Birkenfeld wird Ihnen mit der ersten Abbuchung Ihre Mandatsreferenz mitteilen. Änderungen des SEPA-Lastschriftmandates werden Ihnen rechtzeitig schriftlich mitgeteilt.