

Ferienbetreuung in Vreden
Herbstferien // 15. Oktober bis 26. Oktober 2018

ERKLÄRUNG

Erziehungsberechtigte:

Name, Vorname: _____
Straße: _____, 48691 Vreden
Telefon - Nr. privat: _____ dienstlich: _____ Mobil: _____

In dringenden Fällen können bei Nichterreichen der Eltern nachfolgende Personen benachrichtigt werden:

Name/Vorname: _____ Tel.: _____
Name/Vorname: _____ Tel.: _____

Hiermit melde(n) ich/wir das/die unten genannte/n Kind/er zur o. g. Ferienbetreuung an.

Anmeldezeitraum: **15. Oktober 2018 – 19. Oktober 2018**
 22. Oktober 2018 – 26. Oktober 2018

	1. Kind	2. Kind
Name:		
Klasse:		

Die Elternbeteiligung von **wöchentlich 75,00 €** (pro Kind pro Woche) = _____ €
- inklusive Mittagessen – kann von meinem / unserem Konto abgebucht werden.
(Für **Familienpassinhaber** betragen die Kosten 50,00 € pro Woche. Ermäßigung gilt nur bei Vorlage des Familienpasses.)

Bitte legen Sie das entsprechende SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt und unterschrieben bei.

Datum

Unterschrift des /der Erziehungsberechtigten

Erklärung

Erziehungsberechtigte:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass mein(e) / unser(e) Kind(er) im Rahmen der Herbstferienbetreuung 2018 in Vreden an folgendem Freizeitangebot teilnimmt:

- Reiten
- Schwimmen
- Fahrradtouren

Die Aktivität findet natürlich nur zusammen mit den Betreuern statt.

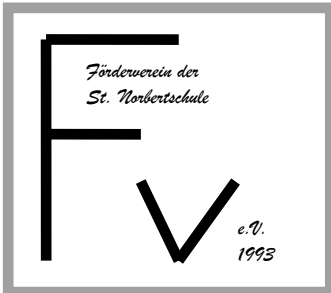
Datum

Unterschrift des /der Erziehungsberechtigten

Rückgabe an:

Stadt Vreden
Fachabteilung Schule
Burgstr. 14
48691 Vreden

Förderverein der
St. Norbert-Schule
Butenwall 78, 48691 Vreden
Tel. 02564/303400 u.303402, Fax 02564/303411
E-Mail: ogs@norbertschule.de



Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE72ZZZ00000855280

SEPA - LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige den Förderverein der St.-Norbert-Schule Vreden e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Weiterhin erlaube ich hiermit meinem Kreditinstitut, die vom Förderverein St. Norbert-Schule auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Ort: _____

Kontoinhaber/-in: _____

IBAN: _____

BIC: _____

(Datum, Ort, Unterschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin)