



Antrag auf Teilnahme an der flexiblen Betreuung der Eichendorffschule im Schuljahr 20__ /20__

Hiermit beantragen ich/wir die Betreuung unseres Kindes

_____ (Name / Vorname) _____ (Klasse)

an ____ Tage(n) in der Woche in der flexiblen Betreuungsgruppe (8-2) der Eichendorffschule.

Der 1. Monat der Betreuung ist der _____ 20__ (**bitte unbedingt ausfüllen!!**)

Uns/mir ist bekannt, dass eine Mitgliedschaft im Förderverein Eichendorffschule Schönebeck e.V. für die Aufnahme in die flexible Betreuung obligatorisch ist (Bitte das Antragsformular ausfüllen).

Betreuungsbedarf besteht an folgenden Wochentagen (**bitte ankreuzen**):

- Montag
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag

Der Monatsbeitrag für die flexible Betreuung beträgt bei einer Betreuung an (**bitte ankreuzen**)

- einem Wochentag: 25,00 Euro
- zwei Wochentagen: 50,00 Euro
- drei Wochentagen: 75,00 Euro
- vier Wochentagen: 90,00 Euro
- fünf Wochentagen: 105,00 Euro

Eine Kündigung kann nur schriftlich zum Schulhalbjahr erfolgen. Der Vertrag läuft zum Schuljahresende automatisch aus.

Für jeden angefangenen Monat im Schuljahr ist der volle Monatsbeitrag zu zahlen.

Die Zahlung des Monatsbeitrages in Höhe von Euro _____ erfolgt jeweils monatlich im Voraus per Lastschrift einzug durch den Förderverein Eichendorffschule Schönebeck e.V.

Datum: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

Antrag angenommen

Datum, S. Freitag Schulleiterin (Schulstempel)

ACHTUNG!!! Seite 2

(Bitte IMMER ausfüllen und unterschreiben, auch wenn es schon mal vorgelegen hat!!)



FÖRDERVEREIN EICHENDORFFSCHULE Schönebeck e.V.

Heißener Str. 74, 45359 Essen

IBAN: DE57360501050005304282

BIC: SPESDE3EXXX

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00000490732

Mandatsreferenznummer: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Förderverein Eichendorffschule Schönebeck e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Eichendorffschule Schönebeck e.V. auf mein Konto gezogene 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Die Lastschrift wird zum 1. eines jeden Monats eingezogen.

Der monatliche Lastschriftbetrag ergibt sich aus dem von Ihnen ausgefüllten Antrag zur Teilnahme an der flexiblen Betreuung.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer sowie Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN (bitte deutlich schreiben)

Datum, Ort und Unterschrift