

SERVICESTELLE KINDERBETREUUNG

Telefon: 07191/3531-40 oder 3531-26
Email: sara.meier@weissach-im-tal.de
silvia.kircher@weissach-im-tal.de



**Anmeldung zum Mittagessensangebot der Gemeinde
Weissach im Tal für die
Ganztagsgrundschule Oberweissach**

Hiermit melde ich mein Kind: _____,
Name des Kindes

Klasse: _____

für das Mittagessensangebot der Gemeinde an.

Die Essenspauschale beträgt **(11 Monate pro Jahr)**:

Mittagessensangebot:

| | |
|----------------------|--------------------------------------|
| 12,00 Euro monatlich | für 1 Tag Mittagessen in der Woche. |
| 24,00 Euro monatlich | für 2 Tage Mittagessen in der Woche. |
| 36,00 Euro monatlich | für 3 Tage Mittagessen in der Woche. |
| 48,00 Euro monatlich | für 4 Tage Mittagessen in der Woche. |
| 60,00 Euro monatlich | für 5 Tage Mittagessen in der Woche. |

Für Träger des Familien und Kulturpasses gilt (FKP):

| | |
|----------------------|--------------------------------------|
| 4,50 Euro monatlich | für 1 Tag Mittagessen in der Woche. |
| 9,00 Euro monatlich | für 2 Tage Mittagessen in der Woche. |
| 13,50 Euro monatlich | für 3 Tage Mittagessen in der Woche. |
| 18,00 Euro monatlich | für 4 Tage Mittagessen in der Woche. |
| 22,50 Euro monatlich | für 5 Tage Mittagessen in der Woche. |

Die Essenstage bitte ankreuzen!

- Montag Dienstag Mittwoch
 Donnerstag Freitag

Das Mittagessensangebot wird ab _____ in Anspruch genommen.
Monat

Anschrift der Eltern: _____

Vor- und Zuname

Anschrift

Telefonnummer

Hinweis:

Abmeldungen vom Mittagessensangebot der Gemeinde müssen schriftlich bis zum 20. eines jeden Monats für den Folgemonat eingereicht werden.

Gemeinde Weissach im Tal
SERVICESTELLE KINDERBETREUUNG
Kirchberg 2 + 4
71554 Weissach im Tal

SEPA – Basislastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE67ZZZ00000112447

Zahlungspflichtige(r)

Zuname, Vorname/Firma: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

BIC: _____

IBAN: DE _____

Nur auszufüllen, wenn abweichend von dem Zahlungspflichtigen:

Kontoinhaber/-in: _____

Ich/Wir ermächtige(n) die Gemeinde Weissach im Tal, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Weissach im Tal auf mein/unser Konto gezogene(n) Lastschrift(en) 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.

(Ort, Datum)

(Unterschrift/-en, Kontoinhaber/-in)

**Das Formular ist nur mit Datum und Originalunterschrift gültig.
Formulare, die in Kopie, per Fax oder per Mail eingereicht werden, sind ungültig.**