



Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Lahn-Dill e.V.
Walkmühlenweg 5
35745 Herborn
Tel.: 02772-9596-32
Fax: 02772-9596-30
E-Mail: kijufa@awo-lahn-dill.de



Aufnahmeformular in den Pakt für den Nachmittag 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: _____

Im Notfall zu erreichen: privat: _____ mobil: _____

dienstlich: _____ weitere: _____

E-Mail-Adresse: _____

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/unsere Kind kann den Weg nach Hause ab _____ Uhr allein antreten.

ja nein (bitte zutreffendes ankreuzen)

Die Bedingungen für die Teilnahme am Ganztagsangebot der Ambachtalschule in Burg sind mir/uns bekannt und ich / wir 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
E-Mail: kijufa@awo-lahn-dill.de



Anmeldung Pakt für den Nachmittag
Ambachtalschule in Herborn-Burg

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Mein Kind _____

soll ab dem

1. Halbjahr im Schuljahr _____
2. Halbjahr im Schuljahr _____

das Ganztagsangebot der Ambachtalschule in Burg besuchen.

(Im Preis enthalten sind optional: Ferienbetreuung und AG-Angebote)

- Paket 1 Montag-Freitag bis 7:30 bis 15:15 Uhr 60,- €/Monat
- Paket 2 Montag-Freitag bis 7:30 bis 16:30 Uhr 80,- €/Monat
Ab einer Anmeldezahl von mindestens 5 Kindern
- Unregelmäßiger Einzeltag bis 16:30 Uhr 14,-€/Tag
- Mein Kind soll in der Betreuung ein Mittagessen zum Preis von 3,85 Euro einnehmen.
(Kinder, die über 14.00 Uhr hinaus bleiben, sollten 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: