



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 zum Ganztagsangebot der Lotteschule Wetzlar

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:

Die Bedingungen 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 Lotteschule Wetzlar

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Mein Kind: _____

soll ab dem

1. Halbjahr im Schuljahr _____

2. Halbjahr im Schuljahr _____

das Ganztagsangebot der Lotteschule in Wetzlar besuchen.

Dazu wähle ich die angekreuzte Betreuungsvariante aus:

- | | | | | |
|--------------------------|----------|-------|------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Paket 1: | Mo-Fr | 7:00 Uhr bis 14:30 Uhr | 30,00 €/Monat |
| <input type="checkbox"/> | Paket 2: | Mo-Fr | 7:00 Uhr bis 15.30 Uhr | 45,00 €/Monat |
| <input type="checkbox"/> | Paket 3: | Mo-Fr | 7:00 Uhr bis 17:00 Uhr | 85,00 €/Monat |

Mein Kind soll in der Schule auch Mittagessen zum Preis von 4,30 € einnehmen.

Name der Eltern : _____

Unterschrift eines/r : _____
Erziehungsberechtigten

Bitte die Anmeldung, das Aufnahmeformular, die Darstellung Ihres Bedarfs und die Einzugsermächtigung in der Schule abgeben.



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



Bedarf eines Ganztagsplatzes an der Lotteschule Wetzlar

Wir benötigen einen Ganztagsplatz an der Lotteschule

- bis 14:30 Uhr
- bis 15.30 Uhr
- bis 17:00 Uhr

aufgrund von Berufstätigkeit: Bitte reichen Sie eine Bescheinigung des Arbeitgebers mit Stempel und Unterschrift ein, aus der die aktuellen Arbeitszeiten ersichtlich sind.

sonstige Begründung (z.B. Bildungsmaßnahme): Bitte reichen Sie eine Bescheinigung der Präsenz- und / oder verbindlichen Online-Zeiten des Trägers ein, auf der Ihre Teilnahme bestätigt wird.

Mein Kind hat aktuell einen Platz im Hort Marienheim.

Nein Ja (Bitte kündigen Sie den Platz nicht. Wir können Ihnen den Platz an der Lotteschule nur zusagen, wenn alle Eltern, die einen Bedarf aber keinen Platz im Marienheim haben, aufgenommen werden konnten.)

Name der Eltern:

Unterschrift eines/r
Erziehungsberechtigten:

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: