

BITTE SCHICKEN SIE ALLE SEITEN ZUSAMMEN ZURÜCK AN DIE

Ev. Familien-Bildungsstätte

Die Adresse ist bereits vorgedruckt.

zurück an:

Ev. Familien-Bildungsstätte
Friesland-Wilhelmshaven
Feldmark 56
26389 Wilhelmshaven



BITTE FÜLLEN SIE DIE VORANMELDUNG VOLLSTÄNDIG AUS!

(Die Abgabe des Formulars ist keine Zusage für einen Betreuungsplatz! Eine Zusage erfolgt schriftlich.)

**Voranmeldung zur Schulkinderbetreuung Grundschule Rheinstraße
Schuljahr 2026 / 2027 (nur für Kinder der 2. bis 4. Klasse)**

Hiermit melde ich mein Kind

Vorname Name

Geburtstag

Klasse

verbindlich zur Schulkinderbetreuung an der Grundschule Rheinstraße an.

Mein Kind nimmt teil ab ☐ dem neuen Schuljahr (13.08.2026) ☐ anderer Termin: _____

☐ Wir haben ein Geschwisterkind in der 1. Klasse. Name des Kindes _____

Namen der Erziehungsberechtigten

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon während der Betreuungszeit

ggf. Handynummer

E-Mail Adresse

Die Teilnahmebedingungen habe ich gelesen und bin damit einverstanden. Ich stimme einem regelmäßigen, pädagogischen Austausch auf datenschutzrechtlicher Ebene mit allen für den Schüler relevanten Fach- und Lehrkräften zu.

Wilhelmshaven am

Unterschrift

☐ Mein Kind hat Allergien / darf Folgendes **nicht** zu sich nehmen:

BITTE SCHICKEN SIE ALLE SEITEN ZUSAMMEN ZURÜCK AN DIE

Ev. Familien-Bildungsstätte

Die Adresse ist bereits vorgedruckt.

Einzugsermächtigung Gebühr **Betreuung**, Schuljahr 2026/2027
Grundschule Rheinstraße

Mit der Abbuchung der Elternbeiträge von **55,-- € / Monat** für die **Betreuung** vom nachfolgenden Konto per SEPA Lastschriftverfahren bin ich einverstanden.

NAME UND VORNAME DES KINDES:

SEPA-Basis Lastschriftverfahren

Zahlungsempfänger: Gemeinsame Kirchenverwaltung -RDS Friesland-Wilhelmshaven-
Olympiastr. 1, 26419 Schortens

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE65RFW00000736096**

Ich ermächtige die Gemeinsame Kirchenverwaltung – RDS Friesland-Wilhelmshaven – im Auftrag der Ev.-luth. Familien-Bildungsstätte Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger 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.

Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt

Kontoinhaber

Name, Vorname

Anschrift:

BIC

IBAN

Kreditinstitut

Datum, Ort

Unterschrift Kontoinhaber