

# REALSCHULE PLUS Flonheim

## 1. Persönliche Daten

---

Name, Vorname des Kindes

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

---

Name, Vorname der Sorgeberechtigten

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

---

Name, Vorname des Sorgeberechtigten

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

---

Schuljahr der Teilnahme

---

derzeitige Klasse

---

Tel. für Rückfragen

## 2. Mittagsverpflegung

Die Mittagsverpflegung wird an Schultagen von Montag bis Donnerstag angeboten.

### Erklärung

Ich/Wir als Sorgeberechtigte für das unter Nr. 1 bezeichnete Kind, erkläre/erkläre mich/uns mit meiner/unserer eigenhändigen Unterschrift, dass ich/wir von den beiden Satzungen über die Betreuenden Grundschulen und über die Mittagsverpflegung Kenntnis genommen habe(n) und uns mit den dortigen Regelungen einverstanden erkläre(n). Insbesondere ist mir/uns bewusst, dass diese Anmeldung für das **komplette** Schuljahr (jeweils vom 01.08. – 31.07. eines jeden Jahres) gilt. Eine Abmeldung von dem Betreuungsangebot sowie von der Mittagsverpflegung vor Ende eines Schuljahres ist **nur** unter den in den Satzungen genannten wichtigen Gründen möglich. Sollte ich/wir mein/unser Kind vor Ablauf des Schuljahres von den beiden Angeboten abmelden und es liegt ein solch wichtiger Grund nicht vor, ist mir/uns bewusst, dass ich von der monatlichen Zahlung der entsprechenden Gebühren nicht entbunden werden kann. Die beiden maßgeblichen Satzungen können auf unserer Homepage: [www.alzey-land.de](http://www.alzey-land.de), oder bei der Verbandsgemeindeverwaltung Alzey-Land, Frau Leonhard, Zimmer 16, Weinrufstraße 38, 55232 Alzey eingesehen werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift **beider** Sorgeberechtigter

**bitte wenden!**

# REALSCHULE PLUS Flonheim

## SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Ich ermächtige/wir ermächtigen die Verbandsgemeindeverwaltung Alzey-Land, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Verbandsgemeindeverwaltung Alzey-Land 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.

Meine/Unsere Bankverbindungsdaten lauten wie folgt:

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname der/des Kontoinhaber/s

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts

IBAN: DE \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber

Anmeldung zur Mittagsverpflegung