



AWO Lahn-Dill  
Soziale Dienste gGmbH  
Walkmühlenweg 5  
35745 Herborn  
Tel.: 02772-9596-32  
Fax: 02772-9596-30  
E-Mail: kijufa@awo-lahn-dill.de



## Aufnahmeformular zum Ganztagsangebot der Schule am Brunnen in Dillenburg-Frohnhausen

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/ unser Kind kann den Weg nach Hause ab \_\_\_\_\_ Uhr alleine antreten.

ja  nein (bitte zutreffendes ankreuzen)

Die Betreuungsvereinbarungen für die Teilnahme am Ganztagsangebot der Schule am Brunnen in Dillenburg-Frohnhausen 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



AWO Lahn-Dill  
Soziale Dienste gGmbH  
Walkmühlenweg 5  
35745 Herborn  
Tel.: 02772-9596-32  
Fax: 02772-9596-30  
E-Mail: kijufa@awo-lahn-dill.de



## **Anmeldung** **Ganztagsangebot der Schule am Brunnen in Dillenburg-Frohnhausen**

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Mein Kind \_\_\_\_\_

soll ab dem

1. Halbjahr im Schuljahr \_\_\_\_\_

2. Halbjahr im Schuljahr \_\_\_\_\_

das Ganztagsangebot der Schule am Brunnen in Frohnhausen besuchen.

Dazu wähle ich verbindlich die angekreuzte Betreuungsvariante aus.

- |                          |          |  |                 |
|--------------------------|----------|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Paket 1  | Mo - Fr 7:30 – 15:00 Uhr<br>inkl. Teilnahme an der Ferienbetreuung | 50 Euro / Monat |
| <input type="checkbox"/> | Paket 2: | Mo - Fr 7:30 – 16:30 Uhr<br>inkl. Teilnahme an der Ferienbetreuung | 80 Euro / Monat |

Die Teilnahme am Mittagessen muss über MensaMax gebucht werden. Informationen hierzu erhalten Sie in der Schule.

Die Beteiligung an der Ferienbetreuung ist im Preis enthalten. Diese muss jedoch jeweils vor den Ferien angemeldet werden. Beachten Sie hierzu die Abgabefrist. Die Anmeldung ist verbindlich. Schülerinnen und Schüler, für die kein Paket gebucht wurde, können nicht an der Ferienbetreuung teilnehmen.

Name der : \_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigten

Unterschrift der : \_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigten

Bitte die Anmeldung, das Aufnahmeformular und die Einzugsermächtigung in der Betreuung abgeben oder an die AWO nach Herborn senden.

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Dienste der Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Lahn-Dill-Kreis mbH

**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:**

66AWO00001924910

**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:**

manuell