Anmeldung für die Ferienbetreuung an der Grund- und Gemeinschaftsschule Leezen

Wir/Ich

Angaben der Mutter	**Angaben des Vaters**
Name:	**Name:**
Vorname:	**Vorname:**
Straße:	**Wohnort:**
Tel.-Nr.:	**Tel.-Nr.:**

melde(n) hiermit meine(n) unsere(n) Tochter/Sohn zum Besuch der Ferienbetreuung in der Zeit von **07.00 Uhr bis 15.00 Uhr** in der Grund- und Gemeinschaftsschule Leezen an.

Angaben zum Kind	
Name:	**Vorname(n):**
Geburtsdatum:	

Eine Betreuung ist nur möglich, sofern die Anmeldung bis zum 01.12.2026 vorgenommen wurde.

Wir/Ich erkläre(n) hiermit **verbindlich**, den Kostenbeitrag für die Ferienbetreuung in Höhe von **für folgenden Zeitraum** zu zahlen:

☐ 21.12.2026 - 23.12.2026 50,00 EUR
☐ 04.01.2027 - 06.01.2027 50,00 EUR

Diese Beträge werden bei Abgabe der Anmeldung fällig.
Der Kostenbeitrag wird mittels Lastschrift eingezogen. Es besteht auch die Möglichkeit, den Betrag auf eines der folgenden Kosten unter Angabe des Kassenzeichens: **2.1.3.01.4321000/Name** zu überweisen:

Amtskasse Leezen

Sparkasse Südholstein
IBAN DE18 2305 1030 0000 4701 20
BIC NOLADE21SHO

Raiffeisenbank e.G. Leezen
IBAN DE58 2306 1220 0001 1010 13
BIC GENODEF1LZN

Bei nicht rechtzeitiger Zahlung behält sich das Amt Leezen das Recht vor, den Platz anderweitig zu vergeben.

Der Kostenbeitrag beinhaltet keine Beförderungskosten und keine Mittagsverpflegung.

Das Amt Leezen ist berechtigt, die notwendigen Daten zur Erfüllung der Aufgaben im Rahmen der Ferienbetreuung zu verarbeiten.

Das Amt Leezen als Träger der Maßnahme muss sich Änderungen des Kostenbeitrages vorbehalten.

Datum: _____ _____ _____
(Unterschrift Mutter) (Unterschrift Vater)

SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung) s. Rückseite

SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

-Wiederkehrende Lastschrift-

Amt Leezen -Finanzbuchhaltung-
Hamburger Str. 28, 23816 Leezen
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE09ZZZ00000028519

Hiermit ermächtige ich die Amtskasse Leezen, den zu zahlender Beitrag zur Ferienbetreuung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Amtskasse Leezen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____
Vorname und Name (Kontoinhaber)

_____
Straße und Hausnummer, PLZ, Ort

_____
Finanzadresse Nr. /Mandatsreferenz (sofern vorhanden)

_____
Kontonummer

_____ _ _ _ _ _ _ _ _ _/_ _ _
*Kreditinstitut (Name und **BIC**)*

DE _ _ |_ _ _ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _ _ _|_ _

IBAN

....., den .....

.....
(Unterschrift)

Hinweis: Originalunterschrift ist erforderlich!

Bankgebühren aus nicht eingelösten Abrufen gehen zu Lasten des Kontoinhabers!