

# Grundschule Gau-Odernheim

## Anmeldung zur Mittagsverpflegung

### 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.

### 3. Erklärung

Ich/Wir als Sorgeberechtigte für das unter Nr. 1 bezeichnete Kind, erkläre/erklären mich/uns mit meiner/unserer eigenhändigen Unterschrift, dass ich/wir von der Satzung 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 Angebot der Mittagsverpflegung vor Ende eines Schuljahres ist **nur** unter den in der Satzung genannten wichtigen Gründen möglich. Sollte ich/wir mein/unser Kind vor Ablauf des Schuljahres von dem Angebot abmelden und es liegt ein solcher wichtiger Grund nicht vor, ist mir/uns bewusst, dass ich von der monatlichen Zahlung der entsprechenden Gebühren nicht entbunden werden kann. Die maßgebliche Satzung kann auf unserer Homepage: [www.alzey-land.de](http://www.alzey-land.de), oder bei der Verbandsgemeindeverwaltung Alzey-Land, Frau Hübel, Zimmer 3, Weinrufstraße 38, 55232 Alzey eingesehen werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **beider** Sorgeberechtigter

### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die Verbandsgemeindekasse Alzey-Land, (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000020115) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Verbandsgemeindekasse Alzey-Land 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.

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

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstitutes

IBAN:    \_ \_ \_ \_ \_ |    \_ \_ \_ \_ \_ |    \_ \_ \_ \_ \_ |    \_ \_ \_ \_ \_ |    \_ \_ \_ \_ \_ |    \_ \_ \_

BIC:    \_ \_ \_ \_ \_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers bzw. beider Kontoinhaber