



Vereinbarung für das Schuljahr 2024/2025

Herr/ Frau/ Familie/ Divers	_____
Straße, Hausnummer	_____
Postleitzahl, Ort	_____
Telefon	_____

hat mit dem Träger

VzG e.V.	94424 Arnstorf
Verein zur Leistungs- und	Sailerstraße 2
Gesundheitsförderung durch Gymnastik	1. Vorsitzende Gertrud Gabor
Familien- und Seniorenhilfe	Tel.: 08723 910200

die Teilnahme der Schülerin / des Schülers

Name _____	Klasse _____
------------	--------------

an der Mittagsbetreuung. Die Betreuung erfolgt an Unterrichtstagen, unterrichtsfreie Tage nach der Ferienordnung sind ausgeschlossen

Die Betreuung soll erfolgen am	regelmäßig <input type="checkbox"/>	35,00 €
flexibel	Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/>	
pro Betreuungstag 3,00 €		

Die Gebühr wird jeweils im Voraus pro Montag / für 10 Bereuungstage von Ihrem unten genannten Konto abgebucht.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den VzG e.V. die jeweils fälligen Unkostenbeiträge für die **Mittagsbetreuung bis 13 Uhr** von meinem Konto abzubuchen.

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Name der Bank: _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber