

Anlage 1
Anmeldung zur pädagogischen Übermittagbetreuung

Daten der Personensorgeberechtigten:

1. Personensorgeberechtigte/r

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefon / E-Mail:.....

2. Personensorgeberechtigte/r

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefon / E-Mail:.....

Daten des Kindes:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Gewünschte Betreuungstage:	Montag: <input type="checkbox"/>
	Dienstag <input type="checkbox"/>
	Mittwoch: <input type="checkbox"/>
	Donnerstag: <input type="checkbox"/>
	Freitag: <input type="checkbox"/>

Folgende Informationen sind im Rahmen der Betreuung meines/unseres Kindes von Bedeutung:

Mit der Unterschrift bestätige/n ich/wir die Richtigkeit der oben aufgeführten Daten für die Teilnahme an der pädagogischen Übermittagbetreuung im Schuljahr 2022/2023 und erkläre/n meine/unsere Zustimmung zu den oben genannten Bedingungen. Der Betreuungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Stadtsportbund die Anmeldung schriftlich bestätigt. Die Informationen gemäß Artikel 13 Absatz 1 und 2 sowie Artikel 14 Absatz 1 und 2 DSGVO aufgrund der Erhebung von personenbezogenen Daten habe/n ich/wir erhalten.

Mit meiner/unserer Unterschrift/en erkenne ich/erkennen wir die Bedingungen zur Teilnahme am Betreuungsangebot an.

(Düsseldorf, Datum)

(Unterschrift/en der/des Personensorgeberechtigten)

Bitte ausgefüllt und unterschrieben per Mail an:

schlossgymnasium@ssbduesseldorf.de

oder per Post an:

Schloß-Gymnasium Benrath

Stadtsportbund Düsseldorf e.V.

Hospitalstraße 45, 40597 Düsseldorf

Anlage 2 Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger

Stadtsportbund Düsseldorf e.V.
Arenastr. 1
40474 Düsseldorf

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE17ZZZ00000308608

Mandatsreferenz

Bitte Name des Kindes eintragen!

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Stadtsportbund Düsseldorf e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Stadtsportbund Düsseldorf e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung.

Name des Zahlungspflichtigen/ Kontoinhaber:
Straße / Nr.:
PLZ / Ort:

Name der Bank:

IBAN:	D E <input type="text"/>
-------	--------------------------

BIC :	<input type="text"/>
-------	----------------------

Ort, Datum:	Unterschrift(en):
-------------	-------------------