
Vor- und Zuname der Erziehungsberechtigten

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon/Handy

Anmeldung zur Mittagsbetreuung in der Grundschule Inchenhofen

Hiermit melde/n ich/wir für das Schuljahr **2026/2027** mein/unser Kind

Name: _____ geb.: _____

Klasse (ab Sept.): _____ Grundschule Inchenhofen **verbindlich** an:

☐ zur Mittagsbetreuung bis 14.00 Uhr ohne Hausaufgabenbetreuung (Mo-Fr)

☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr

☐ zur Mittagsbetreuung bis 14.00 Uhr mit Hausaufgabenbetreuung (Mo-Fr)

☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr

☐ zur verl. Mittagsbetreuung bis 16:00 Uhr mit Hausaufgabenbetreuung (Mo-Fr)

☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr

Kind darf nach der Betreuung alleine nach Hause gehen:

☐ JA

☐ NEIN

Monatliche Kosten:

Mittagsbetreuung bis 14:00 Uhr:

inkl. Hausaufgabenbetreuung

14,00€ pro Tag im Monat (mind. 2 Tage pro Woche)

Geschwisterkind 10,00€ pro Tag

Mittagsbetreuung bis 16:00 Uhr:

inkl. Hausaufgabenbetreuung

20,00€ pro Tag im Monat (mind. 2 Tage pro Woche)

Geschwisterkind 14,00€ pro Tag

Mittagessen pro Tag:

5,20€

Die Anmeldung ist **verbindlich** und gilt für das Schuljahr **2026/2027** bei einer Laufzeit von 11 Monaten von September 2026 bis einschließlich Juli 2027.

Es besteht Anwesenheitspflicht bis zur gebuchten Zeit.

Bitte beachten Sie, dass jede Änderung schriftlich über das **Änderungsformular** erfolgen muss!

Ich bin damit einverstanden, dass das Mittagsbetreuungspersonal mit den Lehrkräften der Schule im Hinblick auf die Situation des Kindes Informationen austauscht.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Markt Inchenhofen
Zisterzienserplatz 2
86570 Inchenhofen

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE34ZZZ00000001491**

Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Markt Inchenhofen, wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Markt Inchenhofen 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 und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Kreditinstitut (Name): _____ BIC _____

IBAN des Zahlungspflichtigen:

____ | _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Das Mandat kann für folgende Leistung eingesetzt werden:

Mittagsbetreuung und Mittagessen ☐