



Anmeldung

zur Aufnahme in die Nachmittagsbetreuung
vom Gemeindekindergarten Eichkogel
8322 Eichkogel 150
03115/2110
kiga.eichkoegl@aon.at



Daten des Kindes:

Vorname:	Straße/Nr.:
Nachname:	PLZ:
Sozialvers.-Nr:	Ort:
Geburtsdatum:	Wohnsitzgemeinde:

Krankheiten/Allergien
bzw. wichtige Informationen:

Mutter	Vater
Vorname:	Vorname:
Nachname:	Nachname:
Straße/Nr.:	Straße/Nr.:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Telefon/Handy:	Telefon/Handy:
Email:	Email:
Beruf:	Beruf:
Arbeitgeber:	Arbeitgeber:
Telefon Arbeit:	Telefon Arbeit:

Familienstand: verheiratet Lebensgemeinschaft Alleinerzieher(in) getrennt lebend

Bedarf pro Woche für das **Kinderbildungs- und Betreuungsjahr 2020/2021** an:

<input type="checkbox"/> 1 Tag	<input type="checkbox"/> 2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 Tage	<input type="checkbox"/> 4 Tage	<input type="checkbox"/> 5 Tage
40 €/Monat	64 €/Monat	87 €/Monat	109 €/Monat	130 €/Monat

Die Kosten für das Mittagessen von zurzeit 4,50 €/Tag werden monatlich nach Abrechnung der bestellten Essen verrechnet.

Die Betreuung wird an folgenden Wochentagen bis max. 17:00 Uhr benötigt.

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag flexibel

Die Betreuungstage für die darauf folgende Woche müssen jeweils bis spätestens Freitagnachmittag bekannt gegeben werden.

Wer ist berechtigt, das Kind abzuholen?

Einverständniserklärungen:

Bei radioaktivem Unfall stimme ich der Abgabe von Kalium-Jodid-Tabletten zu: ja nein
Für Veröffentlichungen von Fotos (Website, Gemeindezeitung, Archivfotos...) ja nein

Bitte Blatt wenden und Ermächtigung zum Einzug ausfüllen.

Datum, Ort

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Einzugsermächtigung

Erteilung Änderung Widerruf

An das
Gemeindeamt Eichkögl
8322 Eichkögl 30
Tel.: 03115/2590

BGM Ing. Heinz Konrad
Tel.: 0664 82 12 892
gde@eichkoegl.steiermark.at



Zahlungspflichtige/r:

Name (Titel, Vorname, Nachname):

Anschrift (Straße/Nr., PLZ/Ort):

IBAN (Kontonummer) des
Zahlungspflichtigen:
AT..

Bank:

Bankleitzahl:

Kundenwunsch

ERTEILUNG: hiermit ermächtige(n) ich / wir Sie widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine / unsere kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich / wir habe(n) das Recht, innerhalb von acht Wochen nach erfolgter Abbuchung oder nach erfolgtem Einzug ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner / unserer Bank zu veranlassen.

ÄNDERUNG: Ich / Wir ersuche/n um Änderung folgender Daten:

WIDERRUF: Hiermit widerrufe(n) ich / wir, die von mir / uns erteilte Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften.

Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund, ev. Betragsbegrenzung – gilt nicht gegenüber den durchführenden Banken):

Ort, Datum

Unterschrift(en) des (der) Kontozeichnungsberechtigten