Anmeldung zum Mittagessen und/ oder zur Nachmittagsbetreuung

Hiermit melde ich 0 meine Tochter 0 meinen Sohn

_____	_____	SJ 26/27	_____
Nachname des Kindes	Vorname des Kindes	Schuljahr	Klasse im SJ 26/27

für das Schuljahr 2026/2027 verbindlich für folgendes Angebot an der Albertus-Magnus-Schule in Viernheim an:

	Mittagessen		**Mittagessen + Nachmittagsbetreuung**	
Angebotsumfang	Mittagessen		Mittagessen, Hausaufgabenbetreuung und Freizeitangebot von 13:10h bis 15:30h	
Kosten	Pro Essenstag in der Woche werden 20,- € **pro Monat** berechnet*.		Pro Betreuungstag in der Woche werden inkl. Essen 35,- € **pro Monat** berechnet*.	
Wochentage		**Montag** (langer Tag der 5. Klässler 2026/2027)		Montag
		Dienstag		Dienstag
		Mittwoch		Mittwoch
		Donnerstag		Donnerstag

_____ _____
Nachname der/ des Erziehungsberechtigten Vorname der/ des Erziehungsberechtigten

_____ _____ _____
Straße/ Hausnummer PLZ Wohnort

_____ _____
Telefonnummer (privat) Telefonnummer (dienstlich) [optional]

_____
E-Mailadresse [optional; mit Angabe meiner/ unserer Emailadresse bin ich/ sind wir einverstanden, Informationen zur Betreuung per E-Mail zu erhalten]

_____ _____
Datum Unterschrift der/ des Erziehungsberechtigten

- **Anmeldung nur mit komplett ausgefüllter Einzugsermächtigung (siehe Rückseite) gültig.**
- **Anmeldung bitte im Briefkasten oder Sekretariat der Albertus-Magnus-Schule abgeben.**
- **Anmeldeschluss für Mittagessen und Nachmittagsbetreuung ist der 26.06.2026.**
- *Eine Rückerstattung bei Unterrichtsausfall, Erkrankung etc. ist i. d. R. nicht möglich.

Anmeldung zum Mittagessen und/ oder zur Nachmittagsbetreuung

Albertus-Magnus-Schule
Bischöfliches Gymnasium

SEPA-Lastschrift-Mandat
Mittagessen / Nachmittagsbetreuung

Ich ermächtige die Schulgesellschaft St. Martinus gGmbH

die Kosten für das ◯ **Essensangebot**
sowie ggfs. die ◯ **Nachmittagsbetreuung****

in Höhe von **monatlich _____, – €**

in den Monaten September 2026 (erstes Einzugsdatum: 01.10.2026) bis Juni 2027 (letztmaliger Einzug: 01.07.2027) von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Schulgesellschaft St. Martinus gGmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

_____ _____
Vor- und Nachname des Kindes Vor- und Nachname des Kontoinhabers

_____ _____
Straße und Hausnummer PLZ und Ort

_____
IBAN

_____
BIC

_____
Name der Bank

_____ _____
Datum Unterschrift der Kontoinhaberin/ des Kontoinhabers

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.

**bitte ankreuzen