

Anmeldung zum Mittagessen und/ oder zur Nachmittagsbetreuung

Hiermit melde ich 0 meine Tochter 0 meinen Sohn

 Nachname des Kindes Vorname des Kindes SJ 26/27 _____
 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 <small>(langer Tag der 5. Klässler 2026/2027)</small>	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