

**Anmeldung zur Kernzeitenbetreuung  
an der Kreuzäckergrundschule in Ottmarsheim**

für das Schuljahr \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

Beginn der Betreuung \_\_\_\_\_

1. Daten des Kindes	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Straße	
PLZ, Wohnort	

2. Daten der Personensorgeberechtigten		
	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Straße		
PLZ, Wohnort		
Telefon		
E-Mail		
berufstätig	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Bitte Arbeitgeberbescheinigung beider Elternteile vorlegen. Bei Fehlen kann eine Anmeldung nicht erfolgen.

3. Familiensituation - In unserer Familie leben folgende Kinder unter 18 Jahren	
Name, Vorname der Kinder	Geburtsdatum
1.	
2.	
3.	
4.	

4. Betreuungszeit	
Bitte die gewünschten Wochentage ankreuzen	
<b><u>Frühgruppe von 7:30 Uhr bis 8:30 Uhr</u></b>	
Montag <input type="checkbox"/>	Mittwoch <input type="checkbox"/>
	Freitag <input type="checkbox"/>
<b><u>Mittagsgruppe von 12:00 Uhr bis 15:00 Uhr</u></b>	
Montag <input type="checkbox"/>	Mittwoch <input type="checkbox"/>
	Freitag <input type="checkbox"/>
<b><u>Spätgruppe von 15:00 Uhr bis 17:00 Uhr</u></b>	
Montag <input type="checkbox"/>	Dienstag <input type="checkbox"/>
	Mittwoch <input type="checkbox"/>
	Donnerstag <input type="checkbox"/>
	Freitag <input type="checkbox"/>

#### 5. Wir besitzen den Familienpass der Stadt Besigheim

(Landesfamilienpass gilt nicht)

ja (bitte Kopie beifügen)

nein

#### 6. Erklärung

Ich/Wir versichern die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner/unserer Angaben. Ich/wir nehmen zur Kenntnis, dass die Veränderungen, die zu einem neuen Gebührensatz führen, der Stadtverwaltung unverzüglich mitzuteilen sind.

Ich/Wir haben die Benutzungsordnung für die Kernzeitenbetreuung der Kreuzäckergrundschule bei der Anmeldung erhalten und erkennen sie hiermit verbindlich an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Personensorgeberechtigte(r)\*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Personensorgeberechtigte(r)\*

\*Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, gleichgültig, ob diese verheiratet, getrenntlebend oder unverheiratet sind.

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
**DE36ZZZ00000060237**



Stadtverwaltung Besigheim  
Marktplatz 12  
74354 Besigheim

**SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen**

Ich/wir ermächtige/n die Stadt Besigheim, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der Stadt Besigheim auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

**Mandatsreferenz (=Buchungszeichen): 5.0252. \_\_\_\_\_**

Name:										Vorname:									
Straße und Hausnummer:										PLZ und Ort:									
Kreditinstitut (Bank):																			
BIC:										Angaben zum Kreditinstitut, BIC und IBAN finden Sie auf Ihrem Kontoauszug									
IBAN:		D	E																

---

Ort Datum Unterschrift/en