**Bitte beachten!!**
**Füllen Sie diesen Vordruck**
**sorgfältig und**
**vollständig aus!!**

**Gemeinschaftsschule Kronshagen**

# Anmeldung

( bitte in Druckschrift ausfüllen)

Mein(e) Tochter/Sohn_____

Klasse: _____Geburtsdatum:_____

Adresse: _____

Tel.: _____

möchte im **1. Halbjahr des Schuljahres 2019/20** an folgenden/m Angebot(en) an der **Offenen Ganztagsschule der Gemeinschaftsschule Kronshagen, Suchsdorfer Weg 33**, 24119 Kronshagen, teilnehmen:

## Hausaufgabenhilfe – bitte hier nur den/die Tag(e) ankreuzen, an denen Ihr Kind an der Hausaufgabenhilfe teilnimmt!

Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐

## Projektgruppen

Die angebotenen Projektgruppen entnehmen Sie bitte dem Flyer und tragen dann hier die gewünschte(n) Projektgruppen ein:

| | Möchte, kann aber wegen der Unterrichtszeiten nicht teilnehmen!! |
|---|---|
| 1._____ | ☐ |
| 2._____ | ☐ |
| 3._____ | ☐ |
| 4._____ | ☐ |

## Achtung!!

Durch die veränderten Unterrichtszeiten verschieben sich auch die Anfangszeiten der AGs. Sollte Ihr Kind Interesse an einer AG haben, kann aber aufgrund des Stundenplans nicht an der AG teilnehmen, melden sie es trotzdem an. Herr Limper wird dann versuchen, die AG zu verschieben.

## Anmeldung

Die **schriftliche Anmeldung** ist bis zum **30.08.2019** bei dem Koordinator der Offenen Ganztagsschule, Uli Limper, möglich. Die Anmeldeformulare werden auch über die Klassenlehrer/in weitergeleitet. Die Teilnahme an den angemeldeten Angeboten ist bis zum **31.01.2020 verpflichtend.**

## Achtung:

Die Anmeldung **verpflichtet** zur Zahlung der Gebühren, über die Höhe der zu zahlenden Beträge erhalten Sie eine Mitteilung. **Bitte leisten Sie vorher keine Zahlungen!** Sollten Sie Ihr Kind aus **persönlichen** Gründen abmelden, sind die Gebühren trotzdem bis zum **31.01.2020** zu zahlen!!!
Die Gesamtkosten werden jeweils zum **1. des Monats** fortlaufend fällig und bei Erteilung einer Abrufermächtigung abgebucht. Der Juli ist beitragsfrei.

## Ermäßigung! Bitte beachten!!

**Eine Ermäßigung (Geschwisterermäßigung oder einkommensbezogene Ermäßigung)** kann nur **noch auf schriftlichen Antrag** gewährt werden. Dieser Antrag ist für **jedes Schulhalbjahr neu** zu beantragen. Sollte kein Antrag vorliegen, werden die Gebühren in voller Höhe fällig. Die Anträge sind mit den entsprechenden Nachweisen im **Sekretariat der Gemeinschaftsschule, Standort Eichkoppelweg 26**, zu stellen.

## Bezahlung

Ich zahle die Gebühren durch

- ☐ Überweisung auf Konto Nr. 610 097 , BLZ 210 501 70, bei der Förde Sparkasse Kiel, Empfänger Gemeinde Kronshagen, Kassenzeichen 24307/4321000
  - ☐ in monatlichen Teilbeträgen ☐ in einer Summe

Ich erteile Ihnen die Ermächtigung zum Abruf der Gebühren!

- ☐ Bitte anliegenden Vordruck „ Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats“ ausfüllen!!**Nur mit einem vollständig ausgefüllten Anhang wird der Abruf ausgeführt, ansonsten wird eine Überweisung vorausgesetzt!!**
- ☐ Ich bitte um Abruf der Gebühren
  - ☐ in monatlichen Teilbeträgen ☐ in einer Summe

Ich zahle die Gebühren durch

- ☐ Barzahlung in der Gemeindekasse Kronshagen, Kopperpahler Allee 5, 24119 Kronshagen
  - ☐ in monatlichen Teilbeträgen ☐ in einer Summe

---

Ort, Datum Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

| | |
|---|---|
| **Name des Zahlungsempfängers:**<br>Gemeinde Kronshagen, Kopperpahler Allee 5, 24119 Kronshagen | |
| **Gläubiger-Identifikationsnummer:**<br>DE48ZZZ00000086211 | |
| **Steuernummer** ( nur von Steuerpflichtigen auszufüllen) : | |
| **Objektbezeichnung:** | |
| ☐ Hundesteuer<br>☐ Grundabgaben<br>☐ Gewerbesteuer<br><br>Nur von Steuerpflichtigen auszufüllen :<br>☐ vierteljährlich<br>☐ jährlich (am 01.07. des Jahres) | ☐ Gebühren Kindertagesstätten<br>☐ Gebühren betreute Grundschule<br>☐ Gebühren offene Ganztagsschule<br>☐ Miete und Nebenkosten<br>☐ Ratenzahlung Fallvollstreckung<br>☐ Pacht<br>☐ Sonstiges : |
| ☐ Alle Zahlungen | |
| **SEPA-Lastschriftmandat:**<br>Ich ermächtige die Gemeinde Kronshagen Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Kronshagen 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. | |
| ☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung | |
| **Name des Zahlungspflichtigen ( Kontoinhaber) :** | |
| **Anschrift des Zahlungspflichtigen:**(Straße und Hausnummer) | |
| **Postleitzahl und Ort:** | |
| **Telefonnummer für Rückfragen:** | |
| **IBAN ( max. 22 Stellen) :** | |
| **BIC ( 8 oder 11 Stellen ) :** | **Name der Bank:** |
| **Ort:** | **Datum:** |
| **Unterschrift:** | |

**Wichtig: Das von Ihnen erteilte Mandat ist nur gültig, wenn es im Original vorliegt und vollständig ausgefüllt ist. Zusendung per E-Mail oder Fax ist nicht zulässig!**

Bitte beachten Sie, dass bei Änderung Ihrer Angaben ein neues Mandat in schriftlicher Form erteilt werden