

**Anmeldung zur Ganztagschule
und zur Teilnahme am Mittagessen im Schuljahr 2025/26**

Name, Vorname des Personensorgeberechtigten	Telefon (für evtl. Rückfragen)	E-Mail
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	
Notfalltelefon/-kontakt		

Name, Vorname des Kindes	Klasse
--------------------------	--------

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Mein Kind wird **erstmal**s an der Ganztagschule angemeldet.
- Mein Kind war im Schuljahr 2024/2025 an der Ganztagschule angemeldet und soll im nächsten Schuljahr **wieder teilnehmen**.
- Mein Kind war im Schuljahr 2024/2025 an der Ganztagschule angemeldet und soll im nächsten Schuljahr **nicht wieder teilnehmen**.

Hiermit melde ich mein Kind / melden wir unser Kind

- im Schuljahr 2025/2026
- ab dem _____
(nur bei evtl. späterem Termin)

verbindlich zur Ganztagschule und zur Teilnahme am Mittagessen an der Grundschule Nord in Schifferstadt an.

Die Aufnahme in die Ganztagschule setzt die verbindliche Teilnahme am kostenpflichtigen Mittagessen voraus.

Ich/wir erkläre(n), dass ich/wir die Bedingungen für die Teilnahme an der Ganztagschule der Stadt Schifferstadt erhalten habe(n) und anerkenne(n).

Mein Kind hat folgende Lebensmittelunverträglichkeiten bzw. darf folgende Lebensmittel nicht essen:

(Lebensmittel bitte aufzählen)

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Die Verpflegungskostenbeiträge sollen von meinem/unserem Konto abgebucht werden.
Bitte füllen Sie hierfür das anhängende SEPA-Lastschriftmandat aus und fügen Sie es dieser Anmeldung bei.
- Die Verpflegungskostenbeiträge zahle(n) ich/wir per Überweisung zum jeweiligen Fälligkeitstermin.



Datum	Unterschrift des Personensorgeberechtigten
-------	--



Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Stadtverwaltung Schifferstadt
- Stadtkasse -
Postfach 12 64
67100 Schifferstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE40ZZZ00000031065

Mandatsreferenz
Wird in der Vorankündigung mitgeteilt

Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Grundschule Nord | <input type="checkbox"/> Schülerbetreuung |
| <input type="checkbox"/> Grundschule Süd | <input type="checkbox"/> Mittagsverpflegung |

Kassenzeichen: _____

Nachname und Vorname des Kindes: _____

SEPA Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die Stadt Schifferstadt, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadt Schifferstadt auf mein Konto eingezogene Lastschrift 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.

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Ort: _____

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: _____
DE _____

Ggf. abweichende/r Kontoinhaber/in:

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Ort: _____

Ort, Datum _____ **Unterschrift des Kontoinhabers** _____