

Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort \_\_\_\_\_

Verbandsgemeindeverwaltung Rüdesheim  
Fachbereich 1 Zentrale Dienste & Büroleitung  
Nahestraße 63  
55593 Rüdesheim

über die Schulleitung der Grundschule Wallhausen

**Verbindliche Anmeldung zum Besuch  
der Betreuenden Grundschule an der Grundschule Wallhausen.**

**1. und 2. Klasse**

Betreuung bis 13:00 Uhr (monatlich: 25 €)

Für das Schuljahr \_\_\_\_\_ melde ich mein Kind/unsere Kinder

\_\_\_\_\_ verbindlich für die Betreuende Grundschule an.

Für ein ggf. weiteres familienangehöriges Kind gilt ein reduzierter Elternbeitrag in Höhe von monatlich 18 €.

Ein Schuljahr läuft grundsätzlich vom 1. August bis zum 31. Juli des Folgejahres, unabhängig der Sommerferien. Die **Elternbeiträge** werden lediglich für **elf Kalendermonate** erhoben.

Die **Abmeldung** von der Betreuenden Grundschule kann im laufenden Schuljahr nur in nachzuweisenden Härtefällen und nur schriftlich zum Ende des Folgemonats erfolgen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift beider Elternteile

**Erteilung eines SEPA - Lastschriftmandats**

Zahlungsempfänger: **Verbandsgemeindeverwaltung Rüdesheim**  
**Verbandsgemeindekasse**  
**D 55593 Rüdesheim**

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE33ZZZ00000053210

**Mandatsreferenz:** WIRD SEPARAT MITGETEILT

**Name des / der Steuer- / Abgabepflichtigen / Beitragsschuldners:**

\_\_\_\_\_

**Name und Anschrift des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

**Name des / der Kontoinhaber:** \_\_\_\_\_

**Strasse und Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**PLZ und Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_  
**(freiwillige Angabe)**

**Kassenzeichen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Verbandsgemeindekasse Rüdesheim Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Verbandsgemeindekasse Rüdesheim auf mein / unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die grundsätzliche 14-tägige Frist für die Information über die Abbuchung auf 10 Tage reduziert wird.

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

**Zahlungsart:**

**ab Fälligkeit:**

**Wiederkehrende Zahlungen**

**Einmalige Zahlungen**

**IBAN der Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen):**

\_\_\_\_\_

**BIC (8 oder 11 Stellen):** \_\_\_\_\_

**Ort / Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift (Kontoinhaber):** \_\_\_\_\_