




Kundennummer										Ferenspaß am Rabennest 2019		
1	0											
Verbindliche Anmeldung												
Name, Vorname Kind										Kinderbogen		
1. Woche	<input type="checkbox"/>	2. Woche	<input type="checkbox"/>	beide Wochen		<input type="checkbox"/>						
Erklärung des Erziehungsberechtigten (bitte deutlich schreiben)												
Geburtsdatum:		<input type="text"/>	Geschlecht:		<input type="text" value="m"/>	<input type="text" value="w"/>	<input type="text" value="inter"/>					
Geschwisterkind(er):		<input type="text" value="ja"/>	<input type="text" value="nein"/>	Name Geschwisterkind*er								<input type="text"/>
Name, Vorname der*s Sorge-/Erziehungsberechtigten												
Adresse der*s Sorge-/Erziehungsberechtigten												
Emailadresse der*s Sorge-/Erziehungsberechtigten												
Telefonnummer Festnetz UND Mobil angeben												
Mein/unser Kind wird zu den angegebenen Terminen von einem Sorge-/Erziehungsberechtigten:												
gebracht/abgeholt		<input type="checkbox"/>	kommt/geht selbständig		<input type="checkbox"/>	Buskind						<input type="checkbox"/>
Mein/unser Kind darf außer von mir/uns von folgenden Personen abgeholt werden:												
Mein Kind möchte in die Gruppe mit (max. 1 Wunschkind)												
<input type="text"/>												
Besondere Krankheiten wie z.B. chronische Krankheiten und/oder Allergien (z.B. Tierhaar etc.) bitte angeben												
Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen (ärztliche Verordnung muss beiliegen)												
Das Kind kann dies selbständig		<input type="checkbox"/>	ich/wir bitte(n) um gesonderte Vereinbarung									<input type="checkbox"/>
Hausarzt/Kinderarzt		<input type="text"/>										
Krankenkasse		<input type="text"/>										
Name der*s Versicherten		<input type="text"/>										
letzte Tetanusimpfung		<input type="text"/>										
ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Falle einer Verletzung unverzüglich einem Arzt vorgestellt wird. Ist die Beförderung in einem Krankenwagen nicht ärztlich verordnet, fahre ich mein Kind selbst oder übernehme die Kosten der Beförderung.												
stimme zu		<input type="checkbox"/>	stimme nicht zu		<input type="checkbox"/>							
Sonstiges:												

SEPA - Lastschriftmandat																			
Kundennummer (wird bei Erstanmeldung neu vergeben)																			
1 0										Schuljahr 2019/2020									
Einrichtung		AWO Rabennest																	
Vorname Kind																			
Nachname Kind																			
		Ich/wir ermächtige/n die AWO Service GmbH und die AWO Soziale Arbeit gGmbH, Pestgässchen 3, 65307 Bad Schwalbach Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir unser Kreditinstitut an, die von der AWO gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich/Wir kann/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.																	
Kontoinhaber																			
IBAN		D	E																
BIC																			
Vorname																			
Nachname																			
Straße																			
PLZ																			
E-Mail																			
		Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Einzug der gebuchten laufenden Betreuungs- und Essensgebühren. Mir/uns ist bekannt, dass die Essensgebühren aufgrund der Anzahl der tatsächlich eingenommenen/bestellten Essen monatlich variieren können. Gläubiger-Identifikationsnummer der AWO Service GmbH: DE84ZZZ00001257323; Gläubiger-Identifikationsnummer der AWO Soziale Arbeit gGmbH: DE71ZZZ00001307027																	

--

Datum

Unterschrift des*r Kontoinhabers*in im Original