



für den Minikindergarten jeweils von 9-12 Uhr

Bitte entsprechend auswählen:

___ **3x pro Woche** (175,-/Monat)
an folgenden Tagen

☐ Mo – Mi
☐ Di – Do
☐ Mi – Fr

___ **4x pro Woche** (230,-/Monat)
an folgenden Tagen

☐ Mo – Do
☐ Di – Fr
☐ Mo+Di und Do+Fr (ohne Mittwoch)

___ **5x pro Woche** (285,-/Monat)

Vorname und Name Kind: _____ geb.: _____

Vorname/Name 1. Sorgeberechtigte/r (SB): _____

Vorname/Name 2. Sorgeberechtigte/r (SB): _____

Anschrift: _____

Handy (1.SB): _____ E-Mail: _____

Handy (2.SB): _____ E-Mail: _____

Mein/Unser Kind ist gegen Masern geimpft Ja / Nein
bei **JA** bitte Kopie des Impfausweis hinzufügen.
bei **NEIN** bitte dringend Rücksprache halten.

Hiermit bestätige ich/bestätigen wir, die Minikindergartenordnung bzw. den Betreuungsvertrag unterzeichnet zu haben und dass eine fambinis-Mitgliedschaft von einem Sorgeberechtigten abgeschlossen wurde.

Datum: _____ Unterschrift 1. SB _____

Datum: _____ Unterschrift 2. SB _____

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige das fambinis Familienzentrum Friedrichsdorf e.V. die Zahlung der monatlichen Betreuungsgebühr (siehe oben) mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom fambinis auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

➔ Bankgebühren bei Rücklast oder Widerspruch trage ich / trägt der Teilnehmer.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____

Bank: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____