



**Verbindliche Anmeldung für die Herbstferienbetreuung
der Gemeinde Schlatt in Kooperation mit dem Feriencamp Göppingen**

26.10. – 30.10.2026, 8:00 Uhr bis 15:00 Uhr

Anmeldefrist: 11. September 2026

Angaben zum Kind

Vorname / Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Allergien / Unverträglichkeiten: _____

T-Shirt-Größe des Kindes (jedes Kind erhält ein Feriencamp-T-Shirt): _____

Bitte ankreuzen:

☐ Mein Kind isst kein Schweinefleisch.

☐ Mein Kind benötigt ein vegetarisches Essen.

☐ Mein Kind darf allein nach Hause gehen.

☐ Mein Kind wird abgeholt, abholberechtigte Personen: _____

Angaben der Erziehungsberechtigten (Notfallkontakte)

Name: _____

Notfallnummer: _____

E-Mail: _____

Adresse (falls abweichend): _____

Weiterer Notfallkontakt: _____



Betreuungsgebühren

125 Euro für Schlatter Kinder (inkl. Essen und Getränke) – per Lastschriftinzug gemäß erteiltem SEPA-Mandat

175 Euro für externe Kinder (inkl. Essen und Getränke) – per Lastschriftinzug gemäß erteiltem SEPA-Mandat

Eine Zusage zur verbindlichen Teilnahme an der Herbstferienbetreuung geht Ihnen 6 Wochen vor Herbstferienbeginn zu. Die Betreuung findet in der Schlatter Turnhalle statt; das Mittagessen wird in den Räumlichkeiten der Grundschulbetreuung durchgeführt.

Für die Anmeldung und Rückfragen steht Ihnen gerne Frau Sibylle Mühlegg telefonisch unter der Telefonnummer 07161/98739740 oder per E-Mail unter sibylle.muehlegg@schlatt.de zur Verfügung.

Hiermit melde ich mein Kind verbindlich zur Herbstferienbetreuung an.

Ort, Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten 1

Unterschrift des Sorgeberechtigten 2



Zurück an

Gemeinde Schlatt
Sibylle Mühlegg
Hauptstraße 2

73114 Schlatt

SEPA-Lastschriftmandat für die Herbstferienbetreuung, 26.10. – 30.10.2026

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE 43ZZZ00000230637**

Ich/Wir ermächtige/n die Gemeinde Schlatt, die anfallenden Betreuungsgebühren für die Herbstferienbetreuung (26.10. – 30.10.2026) für mein/unser Kind von meinem/unserem Konto abzubuchen.

Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Schlatt auf mein/unser Konto bezogenen Lastschriften einzulösen.

Im Falle einer Krankheit, kann die Erstattung der Gebühr (nur nach Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung) auf das unten angegebene Konto erfolgen.

Ich/Wir 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.

Name des Kindes	
Kontoinhaber	
Kreditinstitut	
IBAN	

Ort, Datum

Unterschrift/en Kontoinhaber/in

Wichtiger Hinweis:

Das unterschriebene Mandat schicken Sie uns bitte im Original zurück!