



Mittagsaufsicht der Gemeinde Pinsdorf

Pol. Bezirk Gmunden, OÖ
VS Pinsdorf, Steinbichlstraße 9
4812 Pinsdorf

E-Mail: mittagsaufsicht@pinsdorf.ooe.gv.at
Tel. 0660/119 83 84 Claudia Raffelsberger

Anmeldeformular zur kostenpflichtigen Mittagsaufsicht der Volksschule Pinsdorf (für berufstätige Eltern, Arbeitsbestätigung ist Voraussetzung)

Mein Kind soll im Schuljahr 2026/2027 an folgenden Tagen die Mittagsaufsicht in der Zeit von **11:20 bis 14:00 Uhr** der **Volksschule Pinsdorf** besuchen. Die Anmeldung/Abmeldung kann monatlich erfolgen – Ansprechperson **Claudia Raffelsberger**.

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

	MO	DI	MI	DO	FR
Anwesenheit:					
Mittagessen:					

Mittagessen: €4,90 pro Portion

Elternbeitrag

Der monatliche Beitrag für die wöchentliche Inanspruchnahme von einem Tag beträgt: **€ 15,-**.

- 1 Tag pro Woche/monatlich € 15 + Essen
- 2 Tage pro Woche/monatlich € 30 + Essen
- 3 Tage pro Woche/monatlich € 45 + Essen
- 4 Tage pro Woche/monatlich € 60 + Essen
- 5 Tage pro Woche/monatlich € 75 + Essen

Angaben zum Kind:

Name: _____

Sozialversicherungsnummer: _____ Klasse: _____

Postadresse

PLZ: _____

Ort: _____

Straße/Nr.: _____

Wissenswertes über das Kind: Auffälligkeiten, Krankheiten, Operationen, Allergien:

Allgemeines (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Mein Kind wird jeden Tag abgeholt **VON:** _____
- Mein Kind darf täglich die Mittagsaufsicht allein verlassen → **Uhrzeit:** _____
- Sonstiges: _____

Angaben zur Mutter:

Name:

Geburtsdatum:

Tel. Nr.:

E-Mail:

Angaben zum Vater:

Name:

Geburtsdatum:

Tel. Nr.:

E-Mail:

Einzugsermächtigung für Gemeindesteuern/abgaben

Ich (Wir) ersuche(n) um Durchführung des Auftrages/der Aufträge wie angeführt, zu den nachstehend angeführten Bedingungen:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos einzuziehen. Damit ist auch meine/unserer kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zu Einlösung besteht, insbesondere dann nicht, wenn mein/ unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich/Wir habe(n) das Recht innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angaben von Gründen die Rückbuchung bei meiner/ unserer Bank zu veranlassen.

Name des Zahlungspflichtigen:

Anschrift (Straße):

Postleitzahl, Ort:

Steuer Nr.:

IBAN: _____ **BIC:** _____
bei (Name der Bank) _____

Ort und Datum

Unterschrift des Kontoinhabers