

Anmeldung GTS (in nicht verschränkter Form)

| | |
|--|---------|
| 1. Daten des Kindes: | |
| Vorname: | Straße: |
| Nachname: | PLZ: |
| Sozialvers.-Nr.: (Die ersten 4 Stellen) | Ort: |
| Geburtsdatum: (TT.MM.JJJJ) | |

| | |
|--|----------------|
| 2. Daten des/der Erziehungs-berechtigten: | |
| Mutter | Vater |
| Vorname: | Vorname: |
| Nachname: | Nachname: |
| Telefon/Handy : | Telefon/Handy: |
| Mail: | Mail: |

| | |
|---|--|
| 3. Bedarf: | |
| Anzahl der benötigten Tage: Tage | |
| Wochentage: Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> | |
| Elternbeiträge: | |
| Für 1 Kind | Für 2 Kinder (Geschwister) |
| <input type="checkbox"/> 3 Tage (T2) € 58,00/Monat | <input type="checkbox"/> 3 Tage (T3) € 95,00/Monat |
| <input type="checkbox"/> 5 Tage (T1) € 93,00/Monat | <input type="checkbox"/> 5 Tage (T7) € 151,00/ Monat |
| Essenspauschale von 6,00 € pro Tag (Änderungen vorbehalten) Im Krankheitsfall etc. besteht die Möglichkeit, das Kind (einen Tag vorher, unter 0664/8570755) vom Essen abzumelden. | |
| Betreuung wird max. benötigt bis: (Uhrzeit) Eine Abmeldung wäre bis 09. Februar 2024 in schriftlicher Form per Ende des 1. Semesters möglich. | |



4. Zusätzliche Daten:

Mein Kind darf alleine nach Hause gehen **JA** **NEIN**

Mein Kind wird von der Nachmittagsbetreuung abgeholt.
Berechtigte Personen sind:

Änderungen sind rechtzeitig per SMS (0664/8570755) bekannt zu geben.

Allergien, Medikamente, Sonstiges:

Mit meiner Unterschrift auf der Anmeldung bestätige ich, dass ich das Informationsblatt und die Elterninformation der Steiermärkischen Landesregierung über die Richtlinien gelesen und akzeptiert habe.

Datum und Unterschrift – Erziehungsberechtigte



Bezahlung

- Vorschreibung-Zahlschein
- Vorschreibung-Abbucher: Der Betrag wird von Ihrem Konto abgebucht, bitte Einzugsermächtigung ausfüllen (Anhang)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich das Datenblatt vollständig ausgefüllt zu haben und sollte ich einen Abbucher zur Bezahlung gewählt haben, bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass die Beträge von dem angeführten Konto abgebucht werden können. Sollte das Konto nicht gedeckt sein und der Abbucher nicht durchgeführt werden können, sind die anfallenden Spesen vom Kontoinhaber zu tragen.

Ort, Datum

Unterschrift

