

ANMELDUNG - TAGESHEIMSCHULE

Schuljahr 2018/19

INNS' BRUCK

ab Datum: _____

Schulstempel

Stadtmagistrat

Nachmittagsbetreuung

Telefon +43 512 5360 4211

+43 512 5360 4213

Fax +43 512 5360 1788

E-Mail post.schule.bildung@innsbruck.gv.at

Gerichtsstand Innsbruck

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

Angaben zum Kind:

Familiename

Vorname

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer / Postleitzahl / Ort

Angaben zur/zum Zahlungspflichtigen/Erziehungsberechtigten:

Familiename

Vorname

Telefonnummer

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer / Postleitzahl / Ort

Ich benötige für mein Kind an mindestens einem Tag in der Woche eine schulische Tagesbetreuung bis mindestens 16 Uhr.

Anzahl der Tage, an denen mein Kind das Tagesheim besucht:



1 - 2 Tage



3 - 5 Tage



Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und die verbindliche Anmeldung für das Tagesheim sowie die Kenntnisnahme des Merkblattes der Stadt Innsbruck. Die Daten dienen zur Anmeldung für eine Tagesheimschule der Stadt Innsbruck und werden elektronisch erfasst, verarbeitet und gespeichert. Nur vollständig ausgefüllte Formulare können bearbeitet werden. Bei Notwendigkeit werden die personenbezogenen Daten an eine Rechtsvertretung übergeben. Die Daten werden bis zum vollendeten 18. Lebensjahr der TagesheimschülerInnen gespeichert. Hinsichtlich der Informationspflicht gem. DSGVO verweisen wir auf die ausführlichen Erläuterungen unter „Datenschutz“ im Internet auf <https://www.innsbruck.gv.at>.

Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung:

Eine Bankeinzugsermächtigung für den Elternbeitrag und den Beitrag für das Mittagessen ist die sicherste und bequemste Art der Bezahlung. Sie ersparen sich den Weg zur Bank, sowie das Beobachten der Zahlungsfrist. Nutzen Sie daher bitte diese Zahlungsart durch Ausfüllen u.a. Ermächtigung. Die Ermächtigung ist jederzeit widerrufbar.

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Stadt Innsbruck widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen (Elternbeitrag für den Besuch einer städt. Tagesheimschule) bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine/unsere kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschrift einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unsere Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich kann/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.

Angaben zur/zum Zahlungspflichtigen/Erziehungsberechtigten:

Familienname

Vorname

Straße / Hausnummer / Postleitzahl / Ort

IBAN: AT _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Datum

Unterschrift