

**Verbindliche Anmeldung für das MITTAGESSEN  
der Schulen im Schulzentrum Albersdorf**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                             |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|----------------|-------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Name:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          | Vorname:                    |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| Geburtsdatum:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          | Klasse:                     |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| Straße und Haus-Nr.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                             |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| PLZ/ Wohnort:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                             |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| E-Mail-Adresse:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          | Telefon/ Mobiltelefon:      |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| Bildung und Teilhabe (BuT):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          | ja <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>Von Montag bis Freitag gibt es das Angebot eines Mittagessens für 4,10 €/ Essen. Das Essen kann für jeden Wochentag separat gebucht werden.</b><br/>         Die Abrechnung erfolgt rückwirkend zum 15. des Monats.<br/>         Die Essenspläne hängen mehrfach aus. Eine Abmeldung der Essensbestellungen ist bis 08:15 Uhr im OGT möglich.<br/>         Bitte melden Sie Ihr Kind bei Krankheit auch unbedingt im OGT ab.<br/>         Jedes gebuchte Essen müssen wir in Rechnung stellen. Das Mittagessen ist jederzeit kündbar.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                             |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| Zahlungsempfänger: Volkshochschulen in Dithmarschen e.V., Meldorf<br>IBAN: DE52 2225 0020 0000 1038 10<br>BIC: NOLADE 21 WHO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                             |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p><b>Die Anmeldung erfolgt ab dem:</b> _____</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><b>Montag</b></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><b>Dienstag</b></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><b>Mittwoch</b></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><b>Donnerstag</b></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><b>Freitag</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><b>Mein Kind isst an den Wochentagen:</b></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> |                          |                             |                          |                          | <b>Montag</b>            | <b>Dienstag</b> | <b>Mittwoch</b> | <b>Donnerstag</b> | <b>Freitag</b> | <b>Mein Kind isst an den Wochentagen:</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Montag</b>            | <b>Dienstag</b>             | <b>Mittwoch</b>          | <b>Donnerstag</b>        | <b>Freitag</b>           |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Mein Kind isst an den Wochentagen:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Hier ankreuzen, wenn Ihr Kind täglich zum Essen kommt:</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                          |                             |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Besonderheiten</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                             |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| Mein Kind darf kein Schweinefleisch<br>(wenn das zutrifft, bitte ankreuzen)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          | <input type="checkbox"/>    |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| Mein Kind hat bekannte Allergien                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          | <input type="checkbox"/>    |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| Mein Kind hat eine besondere Krankheit/<br>Mein Kind muss (regelmäßig) Medikamente einnehmen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          | <input type="checkbox"/>    |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| Bitte hier notieren:<br><br>Bitte hier notieren und falls notwendig zusätzlich eine schriftliche Erklärung beifügen:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                             |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten:</b><br><div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                             |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Ermächtigung zum Bankeinzug für den Bereich des Offenen Ganztages:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                             |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Kontoinhaber:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |                             |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Kreditinstitut:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                             |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>IBAN:</b><br>DE _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                             |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Zahlung:</b> Abbuchung monatlich, immer rückwirkend zum 15. eines Monats                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                             |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Unterschrift des Kontoinhabers:</b><br><div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                             |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>Bitte die Anmeldung bei dem Koordinator des Offenen Ganztages abgeben.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                             |                          |                          |                          |                 |                 |                   |                |                                           |                          |                          |                          |                          |                          |