

# Anmeldung zur schulischen Tagesbetreuung



Bitte ausgefüllt in der VS Rieden abgeben:

Schüler:in: \_\_\_\_\_  weiblich  männlich  keine Angabe  
 (Nachname) (Vorname)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie die Tage an, an welchen Ihr Kind die schulische Tagesbetreuung besucht.

Schulische Tagesbetreuung	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Euro/Tag
bis 16 Uhr inkl. Essen						<b>6,60 €</b>

Ich benötige folgende Zusatzangebote:

Zusatzangebote	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Euro/Tag
<b>Frühbetreuung</b> von 7 – 7.50 Uhr						1,40 €
<b>Spätbetreuung 1</b> bis 16 – 17 Uhr						1,40 €
<b>Spätbetreuung 2</b> bis 17 – 18 Uhr						1,40 €

Alle Speisen werden ohne Schweinefleisch zubereitet.

Ich bestelle:  vegetarisches Essen  Mischkost

Lebensmittelunverträglichkeit: \_\_\_\_\_

## Daten der Eltern bzw. Obsorgeberechtigten

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel. Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

beschäftigt bei \_\_\_\_\_ im Ausmaß von  Vollzeit  Teilzeit

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel. Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

beschäftigt bei \_\_\_\_\_ im Ausmaß von  Vollzeit  Teilzeit

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## Zustimmungserklärung für die schulische Tagesbetreuung

Einwilligung gem. Art 6 Abs. 1 lit. a iVm Art 7 DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung)

Ich stimme zu, dass die personenbezogenen Daten für die schulische Tagesbetreuung verarbeitet werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich mittels Brief an die Schulleitung widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## Bankeinzugsermächtigung für die schulische Tagesbetreuung

Für: \_\_\_\_\_  
(Name des Kindes)

### SEPA Lastschriftmandat

#### Zahlungsempfänger:

Landeshauptstadt Bregenz  
Rathausstr. 4  
6900 Bregenz  
Creditor-ID: AT04ZZZ00000015190

Ich ermächtige die Landeshauptstadt Bregenz, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Landeshauptstadt Bregenz auf das Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich meine Rechnung elektronisch zugestellt bekomme.  
Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden (E-Mail-Adresse bitte unten angeben).

### Zahlungspflichtige Person:

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ AT \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_