



Anmeldung Osterferien 2026

Bitte im Original vollständig in Ihrer Schule abgeben!

eingegangen am: _____

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Klasse: _____ Schule: _____

Straße mit Hausnummer: _____ PLZ / Ort: _____

Name der Erziehungsberechtigten: _____

Telefon (tagsüber erreichbar): _____ E-Mail: _____

Hiermit melde ich mein Kind **verbindlich** für die **erste Ferienwoche und/ oder** **zweite Ferienwoche an der Schule am Christian-Bitter-Schule an.**

Mein Kind ist frei von ansteckenden Krankheiten: ja nein

Wichtige Informationen / Besonderheiten, Allergien etc. bitte hier eintragen:

Erste Woche:

Abholzeiten:

Mo. 30.03. bis **13:00 Uhr oder** **15:00 Uhr**
Di. 31.03. bis **13:00 Uhr oder** **15:00 Uhr**
Mi. 01.04. bis **13:00 Uhr oder** **15:00 Uhr**
Do. 02.04. bis **13:00 Uhr oder** **15:00 Uhr**
Fr. 03.04. **Karfreitag!**

Zweite Woche:

Abholzeiten:

Mo. 06.04. **Ostermontag!**
Di. 07.04. bis **13:00 Uhr oder** **15:00 Uhr**
Mi. 08.-04. bis **13:00 Uhr oder** **15:00 Uhr**
Do. 09.04. bis **13:00 Uhr oder** **15:00 Uhr**
Fr. 10.04. bis **13:00 Uhr oder** **15:00 Uhr**

Teilnahme am Mittagessen (pro Essen 4,00€):

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind bei der Zubereitung der Speisen mithilft und diese auch verzehrt. Gleches gilt für die Speisen, die andere teilnehmende Kinder zubereitet haben.

ja nein

Einverständniserklärung Fotografien:

Ich genehmige, dass Fotoaufnahmen von meinem Kind gemacht werden und ausschließlich bei Veranstaltungen, Veröffentlichungen und Homepages besuchter Orte verwendet werden dürfen

ja nein

Mein Kind darf alleine Heimgehen:

ja nein

Es gelten die allgemeinen Vertrags- und Betreuungsbedingungen, sowie die aktuellen Informationen im Aushang der Schule Plus gGmbH und der Grundschulen in Melsungen.

Schule PLUS gGmbH
Markt 1, 34212 Melsungen
Mail: info@schuleplus-melsungen.de
Tel.: 01525-9604876



SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Schule PLUS gGmbH Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Schule PLUS gGmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Vorname und Name des zu betreuenden Kindes

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

BIC _____ | ____

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

Datum, Ort und Unterschrift