

Eltern-Fragebogen



FamilienZentrum
Hochrhein



Name des Kindes: _____ Geb.datum: _____

Adresse: _____

Schule: _____ Klasse: _____

Klassenlehrer/Schuldirektor: _____

Telefonkontakt 1: Name: _____ Tel.Nr.: _____

Beziehung zum Kind: _____

Telefonkontakt 2: Name: _____ Tel.Nr.: _____

Beziehung zum Kind: _____

Besonderheiten meines Kindes (z.B. Ängste, Allergien, Gewohnheiten):

mein Kind darf allein nach Hause gehen: _____ ja _____ nein

Bemerkungen: _____

Mail-Adresse für den Rechnungsversand und Elternbriefe (bitte deutlich + in Druckbuchstaben!)

Die Rechnung wird gemäß der vereinbarten Anmeldung geschrieben.

Trotzdem ist es dringend erforderlich, dass Sie Ihr Kind rechtzeitig im FaZ telefonisch (07741-9679923) abmelden, wenn es nicht in unsere Betreuung kommt (damit wir nicht umsonst auf Ihr Kind warten):

- bei Krankheit spätestens am Vormittag bis 9 Uhr
- bei anderen Gründen bis spätestens um 13 Uhr am Vortag

Datum: _____

Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten

Familienzentrum Hochrhein

Bertold-Schmidt-Platz 7
79787 Lauchringen

Telefon: 07741-9679923
Telefax: 07741-9679924

e-mail: kontakt@faz-hochrhein.de
www.faz-hochrhein.de



Mehr
Generationen
Haus

Diakonie 
STARK FÜR ANDERE

Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass im Zusammenhang mit einer Berichterstattung Fotos meines Kindes veröffentlicht werden (Presse, facebook, instagram, flyer, Webseite FaZ). Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Datum, Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger
Anschrift

Familienzentrum Hochrhein
Bertold-Schmidt-Platz 7
79787 Lauchringen

Gläubiger-Identifikationsnummer
Mandatsreferenz

DE49FAZ00000572260
wird bei Übertragung der Lastschrifteinzüge vom FaZ vergeben

Ich ermächtige das Familienzentrum Hochrhein Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Familienzentrum Hochrhein 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.

Kontoinhaber: _____

Adresse: _____

Name des Kreditinstituts: _____

IBAN: _____

Datum, Ort: _____

Unterschrift des Kontoinhabers: _____

einmalige Zahlung

wiederkehrende wechselnde Zahlung

Bitte beachten Sie, dass bei Rückbuchung 5,00 € Bearbeitungsgebühren zusätzlich anfallen, die von Ihnen zu tragen sind.

Es wird monatlich zum 15. abgebucht.

Stand: 11.2024

Familienzentrum Hochrhein

Bertold-Schmidt-Platz 7
79787 Lauchringen

Telefon: 07741-9679923
Telefax: 07741-9679924

e-mail: kontakt@faz-hochrhein.de
www.faz-hochrhein.de



Diakonie 
STARK FÜR ANDERE