

# 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 alleine nach Hause gehen: \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Bemerkungen:

---

---

**Die Rechnung wird gemäß der vereinbarten Anmeldung geschrieben. Nicht abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt.**

**Die Kinder können bis 13:00 Uhr des Vortages abgemeldet werden.**

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern/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

\_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ und Ort

\_\_\_\_\_

Name des Kreditinstituts

\_\_\_\_ | \_\_\_\_ | DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Bankleitzahl/ BIC

Kontonummer/ IBAN

\_\_\_\_\_

Datum / Ort

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Kontoinhabers

einmalige Zahlung

wiederkehrende 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.

**Nicht rechtzeitig abgesagte Termine (bis 09:00 Uhr des jeweiligen Tages) werden in Rechnung gestellt.**

**Familienzentrum Hochrhein**

Bertold-Schmidt-Platz 7  
79787 Lauchringen

Telefon: 07741-9679923  
Telefax: 07741-9679924

e-mail: [kontakt@faz-hochrhein.de](mailto:kontakt@faz-hochrhein.de)  
[www.faz-hochrhein.de](http://www.faz-hochrhein.de)



**Diakonie**   
STARK FÜR ANDERE