



## Erfassungsbogen für Spontanbesuche Warteklasse und Hort

**2025/2026**

Vorname des Kindes: ..... Familienname: .....

Geburtsdatum des Kindes: ..... Schulklasse: .....

Wohnort des Kindes: ..... Straße/Nr.: .....

Name der Mutter: ..... Name des Vaters: .....

E-Mail-Adresse: ..... E-Mail-Adresse: .....

### **Beitragssätze für Warteklasse und Hort:**

- Ein Tag Warteklasse (von Schulschluss bis 13:15 Uhr): 2,00 €
- Ein Tag Hort (von Schulschluss bis 14:00 Uhr): 4,00 €
- Ein Tag Hort (von Schulschluss bis 16:00 Uhr): 8,00 €
- Ein Tag Nachbetreuung (von 16:00 bis 17:00 Uhr) 2,00 €

Das Mittagessen wird separat abgerechnet!

Bei den spontanen Anmeldungen erfolgt die Bezahlung im Folgemonat per Bankeinzug!

**Die Beitragssätze gelten wirklich nur für spontane Besuche. Sollte eine Regelmäßigkeit eintreten, müssen die Kinder offiziell für die Warteklasse oder den Hort angemeldet werden!**

Ich/Wir sind während der Betreuungszeiten im Notfall unter folgenden Rufnummern zu erreichen:

1.....

2.....

Mein Kind darf von folgenden Personen abgeholt werden:

.....  
Besonderheiten, Wissenswertes (Allergien, chronische Krankheiten o. Ä.):  
.....

Mein Kind darf das Schulgelände am Ende der Betreuungszeiten selbstständig verlassen:

Ja  Nein

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten



**SEPA-Lastschriftmandat (bitte unbedingt ausfüllen)**

**Arbeits- und Förderverein für Waldorfpädagogik e.V., Montessoriweg 7, 54296 Trier**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE09ZZZ00000836820  
Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

**Verein zur Förderung der Waldorfpädagogik e.V., Montessoriweg 7, 54296 Trier**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE31ZZZ00000836812  
Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den/die Verein(e) Arbeits- und Förderverein für Waldorfpädagogik e.V. und den Verein zur Förderung der Waldorfpädagogik e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein zur Förderung der Waldorfpädagogik e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift 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)

.....  
Straße und Hausnummer

.....  
Postleitzahl und Ort

BIC (8 oder 11 Stellen): ..... | ..... Kreditinstitut: .....

IBAN: \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ |

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift