

## Sommerferien-Betreuung 2024 in Eggersdorf

Liebe Eltern!

Es freut uns sehr, die Sommerferien-Betreuung in der Volksschule (im Bereich Nachmittagsbetreuung) im Auftrag der Marktgemeinde Eggersdorf von 08.07. bis 02.08.2024 durchführen zu dürfen.

Die Ferienbetreuung findet von Montag bis Freitag Halbtags ohne Mittagessen zwischen 7:00 und 13:00 Uhr und Ganztags mit Mittagessen zwischen 7:00 und 16:00 Uhr für Kinder im Alter von 6 – 12 Jahren statt.

Kosten:

Halbtags € 60,00/Woche

Ganztags € 117,50/Woche (€ 90,00 zzgl. € 27,50 Essen)

Der Gesamtbeitrag für Betreuung und Verpflegung wird mittels SEPA-Lastschrift eingezogen. Bitte geben Sie mit der Anmeldung auch das ausgefüllte Formular dazu ab. Die Teilnahme an der Betreuung in den Sommerferien ist nur nach vollständiger Bezahlung des Teilnahmebeitrages möglich.

Wir ersuchen Sie Ihr Kind/Ihre Kinder mit beigelegtem Anmeldeformular bis zum 29. März 2024 anzumelden:

Kinderfreunde Steiermark  
Bereich Freizeit und Pädagogik  
Schlossergasse 4  
8010 Graz  
[ferien@kinderfreunde-steiermark.at](mailto:ferien@kinderfreunde-steiermark.at)

Mit freundlichen Grüßen  
Andreas Loinig  
Bereichsleiter Freizeit + Pädagogik

## Anmeldung Sommerbetreuung 2024 Marktgemeinde Eggersdorf

*Daten des Kindes/der Kinder:*

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Familiennamen:** \_\_\_\_\_

**Geb. Datum:** \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

**Allergien/Unverträglichkeiten:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**sonstige wichtige Informationen zum Kind:**

\_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Familiennamen:** \_\_\_\_\_

**Geb. Datum:** \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

**Allergien/Unverträglichkeiten:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**sonstige wichtige Informationen zum Kind:**

\_\_\_\_\_

**Bitte kreuzen Sie die gewünschten Betreuungszeiten an!**

Sommerferien 2024	Bitte gewünschte Woche ankreuzen	Bitte ankreuzen	
		Halbtags ohne Mittagessen 7:00 bis 13:00 Uhr	Ganztags mit Mittagessen 7:00 bis 16:00 Uhr
Woche 1: 08.7.-12.7.			
Woche 2: 15.7. - 19.7.			
Woche 3: 22.7. - 26.7.			
Woche 4: 29.7. - 2.8.			

Daten Erziehungsberechtigte/r:

Vorname: \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Ich (der/die Erziehungsberechtigte) stimme gegenüber dem Verein Österreichische Kinderfreunde, Landesorganisation Steiermark, im Folgenden kurz: Auftraggeber, ausdrücklich zu, dass meine persönlichen Daten, (nämlich Name, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Bankdaten) sowie die persönlichen Daten meines/r Kindes/r (Name, Geburtsdatum, Adresse, gesundheitsbezogene Daten) beim Auftraggeber zur Erfüllung meines Vertragsverhältnisses verarbeitet werden,

und die oben genannten Daten für die postalische oder elektronische Zusendung weiterer Informationen über Angebote des Auftraggebers gespeichert werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit durch Zusendung eines Schreibens an die Kinderfreunde Steiermark, Schlossergasse 4, A-8010 Graz, widerrufen kann.

Die Datenschutzerklärung der Kinderfreunde Steiermark finden sie unter <https://kinderfreunde.at/datenschutz/landesorganisation-steiermark>.

Mit meiner Unterschrift melde ich mein Kind verbindlich zu dem von mir angegebenen Zeitraum für die Ferienbetreuung an.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

## SEPA- Lastschrift - Mandat (Ermächtigung)

Mandatsreferenz

### Zahlungsempfänger

Österreichische Kinderfreunde Landesorganisation Steiermark  
Schlossergasse 4/2  
8010 Graz

Creditor ID: AT33ZZZ00000030770

---

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die **Österreichischen Kinderfreunde Landesorganisation Steiermark** Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die von den **Österreichischen Kinderfreunden Landesorganisation Steiermark** auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA – Lastschriften einzulösen.

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

---

### Zahlungspflichtiger

Name .....

Anschrift .....

.....

IBAN .....

BIC .....

---

**Zahlungsart**      o Wiederkehrender Einzug      o Einmaleinzug

---

Ort, Datum .....

Unterschrift .....