

# Anmeldung

NR.

Bitte nicht ausfüllen

Hiermit melde ich meine(n) Tochter/Sohn für die Sommerfreizeit 2017 der KJW Ockstadt vom 23. Juli 2017 bis 01. August 2017 an.

## Teilnehmer

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

Straße : \_\_\_\_\_

PLZ : \_\_\_\_\_ Wohnort : \_\_\_\_\_

Geb.-Dat. : \_\_\_\_\_ Alter : \_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_

## Erziehungsberechtigter:

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

Telefon privat : \_\_\_\_\_ Telefon dienstlich : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_ Mobil-Telefon : \_\_\_\_\_

- Mein(e) Sohn/Tochter
- kann schwimmen
  - kann **nicht** schwimmen
  - ist Vegetarier
  - ist gegen Wundstarrkrampf geimpft
  - ist gegen FSME (Zecken) geimpft
  - hat **keine** der oben genannten **Impfungen**

Zutreffendes bitte ankreuzen

Mein(e) Sohn/Tochter ist auf folgende Lebensmittel allergisch

Mein(e) Sohn/Tochter hat folgende körperliche Beschwerden: (z. B. Allergie, Reisebeschwerden, usw.)

Mein(e) Sohn/Tochter möchte zusammen in einem Zimmer

mit \_\_\_\_\_ sein.  
(Name des betreffenden Teilnehmers eintragen)

**Ich habe die Reisebedingungen der KJW-Ockstadt gelesen und erkenne Sie mit der Anmeldung an.**

**Die beiliegende Einverständniserklärung ist mit der Anmeldung abzugeben.**

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

**Bitte wenden!**

Sommerfreizeit 2015	Betrag	Fällig
Anzahlung	75,00 €	am 31. März 2017
Restzahlung	300,00 €	am 16. Juni 2017

## SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: <b>Kath. Pfarrgemeinde Kath. Jugend Ockstadt,</b>	
Anschrift des Zahlungsempfängers:	
<b>Pfarrgasse 25 61169 Friedberg</b>	<b>Deutschland</b>
Gläubiger-Identifikationsnummer: <b>DE92ZZZ00001339823</b>	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):	
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>Hinweis: 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.</p>	
Zahlungsart	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Wiederkehrende Zahlung</b>	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	
Straße und Hausnummer:	<b>Deutschland</b>
Postleitzahl und Ort:	
IBAN des Zahlungspflichtigen (22 Stellen): <b>DE</b>	
BIC (8 oder 11 Stellen):	
Ort:	Datum (TT/MM/JJJJ):
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):	

**Bitte wenden!**