

Anmeldeformular Mittagessen Astrid-Lindgren-Schule für die 1. Klasse SJ 2026-27

ESSWERK / Manfred vom Dorp
Jacques-Offenbach-Straße 12
63069 Offenbach

Bitte an ESSWERK mailen, schicken oder faxen
Fax: 069-83009786-77
E-Mail: esswerk@lebmil.de

Ja, mein Kind wird am Mittagstisch der Astrid-Lindgren-Schule in Dietzenbach ab dem _____ teilnehmen.

Ich / Wir ermächtigen Sie, den Monatsbeitrag **12-mal** für ein Schuljahr jeweils von August bis Juli (Schulferien, Feiertage und Schließtage sind in diesem Preis bereits berücksichtigt), laut unten angegebener Bestellung so lange vom genannten Konto per SEPA-Lastschriftenmandat einzuziehen, bis der Vertrag von mir / uns gekündigt wird. **Eine Teilnahme ist nur an 5 Tagen die Woche möglich.**

- ☐ Mein Kind nimmt am Mittagstisch teil. Monatliche Pauschale **94,00 €**
- ☐ Mein Kind nimmt auch in den Ferien teil. Monatliche Pauschale **104,00 €**

Sie haben zweimal, zum Schulhalbjahr und Schuljahresende, die Möglichkeit diesen Vertrag zu beenden. Dazu muss eine schriftliche Kündigung mit einer Frist von 2 Monaten zum 31.01. oder 31.07. bei uns eingegangen sein.

Sollte Ihr Kind die Schule wechseln ist ebenfalls eine rechtzeitige Kündigung erforderlich.

Zu Unrecht eingezogene Beträge können jederzeit zurückgefordert und diese Ermächtigung jederzeit widerrufen werden. Ihre Mandatsnummer und unsere Gläubiger-ID wird Ihnen rechtzeitig mitgeteilt.

Für von Ihnen verschuldete Rückbuchungen der Bankeinzüge berechnen wir Ihnen eine Gebühr von **8,50 €**. Ihnen bleibt der Nachweis geringerer Rücklastschriftkosten vorbehalten. Uns bleibt vorbehalten, höhere Rücklastschriftkosten nachzuweisen.

! Bitte vollständig ausfüllen, alle Angaben sind zwingend erforderlich!

Erziehungsberechtigter	Name:	Vorname:
Schülerin/Schüler	Name:	Vorname:
Straße/Hausnummer		
PLZ/ Wohnort		
Telefon		
E-Mail-Adresse		

Name Kontoinhaber:	
Bank:	BIC:
IBAN: DE _	

Weitere Angaben: ☐ normale Kost (kein Schweinefleisch) ☐ vegetarisch ☐ laktosefrei

Bitte achten Sie auf ggf. bestehenden Unverträglichkeiten Ihres Kindes. In den Speiseplänen sind alle Allergene und Zusatzstoffe ausgewiesen.

☐ Ich erhalte Leistungen nach dem Bildungs- und Teilhabepaket.

Amt: _____ AZ./BG-Nr: _____ Geburtsdatum Kind _____

(wird nur bearbeitet, wenn uns ein aktueller Bescheid über die Kostenübernahme vom Amt vorliegt!)

Datum _____ Unterschrift _____

! Die Hinweise zum Datenschutz befinden sich auf unserer Seite www.schulessen.lebensraeume-of.de