

## Ferienbetreuung in den Osterferien 2026

Mein Kind (Klasse \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

soll an folgenden Tagen in die Ferienbetreuung der OGS der Grundschule Mollhagen gehen.

<del>Montag</del>	<del>30.03.2026</del>	von _____	bis _____	Uhr
<del>Dienstag</del>	<del>31.03.2026</del>	von _____	bis _____	Uhr
<del>Mittwoch</del>	<del>01.04.2026</del>	von _____	bis _____	Uhr
<del>Donnerstag</del>	<del>02.04.2026</del>	von _____	bis _____	Uhr
<del>Freitag</del>	<del>Feiertag</del>	von _____	bis _____	Uhr
Montag	Feiertag	von _____	bis _____	Uhr
Dienstag	07.04.2026	von _____	bis _____	Uhr
Mittwoch	08.04.2026	von _____	bis _____	Uhr
Donnerstag	09.04.2026	von _____	bis _____	Uhr
Freitag	10.04.2026	von _____	bis _____	Uhr

In der Woche vom 30.03.2026 bis zum 02.04.2026 findet keine  
Ferienbetreuung durch die OGS statt.

Bringen Sie bitte Ihr Kind bis spätestens 8:00 Uhr in die Betreuung.

Mein Kind darf ☐ allein ☐ nicht allein nach Hause gehen.

Mein Kind kann auch von \_\_\_\_\_ abgeholt werden.

Sollte Ihr Kind krankheitsbedingt nicht in die Betreuung gehen, melden Sie Ihr Kind bitte bis um 8:00 Uhr unter der folgenden Telefonnummer: 04534 – 2049050 ab.

Anmeldeschluss für die Ferienbetreuung in den Osterferien ist der **31.01.2026**.

**Die Anmeldung für die Ferienbetreuung ist verbindlich.**

### Ein wichtiger Hinweis:

Bitte beachten Sie die geänderten Busverbindungen während der Ferien!

Die Schülerbeförderung per Taxi wird in den Ferien nicht angeboten!

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigten

## **SEPA-Lastschrift-Mandat**

Das Amt Bad Oldesloe-Land führt den Zahlungsverkehr für den Schulverband Mollhagen durch.

Amt Bad Oldesloe-Land, Louise-Zietz-Straße 4, 23843 Bad Oldesloe  
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE16ZZZ00000005307**

Mandatsreferenz (= interne Haushaltsstelle): **11-21120-4321000**

Für die Abbuchung der Benutzungsgebühren erteile/n ich/wir dem Amt Bad Oldesloe-Land die folgende Ermächtigung:

### **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige/n das Amt Bad Oldesloe-Land, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Amt Bad Oldesloe-Land auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name des/r Kontoinhaber/s

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

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

BIC \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

(entfällt bei inländischer Bankverbindung)

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers