

Ferienbetreuung in den Herbstferien 2026

Mein Kind (Klasse ____) _____

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

Montag	12.10.2026	von _____	bis _____	Uhr
Dienstag	13.10.2026	von _____	bis _____	Uhr
Mittwoch	14.10.2026	von _____	bis _____	Uhr
Donnerstag	15.10.2026	von _____	bis _____	Uhr
Freitag	16.10.2026	von _____	bis _____	Uhr
Montag	19.10.2026	von _____	bis _____	Uhr
Dienstag	20.10.2026	von _____	bis _____	Uhr
Mittwoch	21.10.2026	von _____	bis _____	Uhr
Donnerstag	22.10.2026	von _____	bis _____	Uhr
Freitag	23.10.2026	von _____	bis _____	Uhr

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 Herbstferien 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

Name des Kreditinstituts

_____|_____|_____|_____|_____|_____
(IBAN)

_____|_____
(BIC – entfällt bei inländischer Bankverbindung)

Sollte eine Abbuchung von meinem/unserem Konto nicht von der Bank ausgeführt werden, gehen die entstehenden Kosten zu meinen/unseren Lasten.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers