

---

## Ferienbetreuung für die beweglichen Ferientage 2025

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

soll an den folgenden beweglichen Ferientagen in die Ferienbetreuung der OGS der Grundschule Mollhagen gehen. Hinweis: Die Betreuung kann nur für alle Tage gebucht werden.

Montag	26.05.2025	von _____	bis _____	Uhr
Dienstag	27.05.2025	von _____	bis _____	Uhr
Mittwoch	28.05.2025	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 das bitte bis 8:00 Uhr unter der folgenden Telefonnummer: 04534 – 2049050.

Anmeldeschluss für die Betreuung der beweglichen Ferientage ist der 31.01.2025.

### 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