

DEUTSCH - FRANZÖSISCHER SCHÜLERAUSTAUSCH

Schule:

Teilnehmer / in:

Name: Vorname:

Geb.Dat.: Größe(cm): Religion:

Klasse: im Jahr Französisch. Französischlehrer/in:

Erziehungsberechtigte/r 1:

Name:

Vorname:

Beruf (fakultativ):

Straße: Nr.:

PLZ: Ort/ Ortsteil:

Tel.(privat)

Tel.(Arbeit)

Email:

Erziehungsberechtigte/r 2:

Name:

Vorname:

Beruf (fakultativ):

Straße: Nr.:

PLZ: Ort/ Ortsteil:

Tel.(privat)

Tel.(Arbeit)

Email:

Geschwister:

Vorname: Alter:

Vorname: Alter:

Haustiere:

Vorname: Alter:

Vorname: Alter:

Partner erhält eigenes Zimmer

Interessen (möglichst genaue Angaben):

Bekannter Partner:

Wird ein bestimmter Partner gewünscht?

ja

nein

Einverständnis des Partners liegt vor?

ja

nein

Name:

Ich wünsche einen neuen Partner, wenn der bisherige nicht mehr teilnehmen kann:

ja

nein

Von den Erziehungsberechtigten auszufüllen:

Unser Kind: muss Diät halten

ist Vegetarier

ist Allergiker

Allergien o. sonst. Krankheiten:

Wichtig: Eine Auslandsversicherung (Krankheit/Unfall/Haftpflicht) ist verpflichtend!

Ich gebe die Erlaubnis zu einem ärztlichen Eingriff, wenn der Arzt dies für notwendig hält:

ja

nein

Ich erlaube meinem Kind das beaufsichtigte Baden:

ja

nein

Ich bin damit einverstanden, dass von meinem Kind Fotoaufnahmen gemacht werden, und diese ggfs. ohne Angabe von Namen, veröffentlicht werden.

Ich bin einverstanden, den Austausch mit einem Mädchen **oder** einem Jungen durchzuführen.

ja

nein

Ich melde hiermit meine Tochter meinen Sohn zum Austausch für das Jahr an.

Datum: _____ Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: _____

Datum: _____ Unterschrift Teilnehmer/in: _____

Das Infoschreiben, die unterschriebene Datenschutzerklärung und das ausgefüllte Sepa- Lastschriftmandat sind wesentliche Bestandteile der Anmeldung.

Bitte alle Felder
am Computer
ausfüllen

3 x ausdrucken

3 x Bild einkleben

unterschreiben

Foto

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Volkshochschule Offenburg e. V.
Weingartenstraße 34b
77654 Offenburg

SEPA - Lastschriftmandat für Kursentgelte der VHS-Offenburg

Gläubiger-Identifikations-Nr. der VHS-Offenburg: DE59VHS00000123552

Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen mit der ersten Vorabankündigung zum Lastschrifteinzug mitgeteilt.

Bitte ankreuzen:

- Ich bin selbst Kursteilnehmer/in und als SEPA-Mandant zahlungspflichtig.
- Ich übernehme als SEPA-Mandant das Entgelt für:

Kontoinhaber/in

.....
Familiennamen / Firma

.....
Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ

.....
Ort

.....
Telefon (Festnetz)

.....
Telefon (mobil)

Bankverbindung

IBAN: D E _____

BIC: _____ Name des Kreditinstituts:

SEPA - Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den oben genannten Zahlungsempfänger, wiederkehrende Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels SEPA - Basislastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

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.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift