

Aufnahmeantrag

Ich möchte

Einzelmitglied im Förderverein Alte Schule Ketsch e.V. werden.

Familienmitglied im Förderverein Alte Schule Ketsch e.V. werden.

Name: _____

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.: _____

Staatsangehörigkeit: _____

E-Mail: _____

Weitere Familienmitglieder: Vorname, Name, Geb.

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Die Satzung wird auf Wunsch ausgehändigt.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung an, wenn ich nicht innerhalb von 14 Tagen meinen Antrag zurückziehe. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass der Austritt nur schriftlich spätestens 6 Wochen vor Ende des Kalenderjahres erfolgen kann.

Ketsch, den _____

Unterschrift / Unterschrift der Eltern bei minderjährigen Antragstellern



Förderverein Alte Schule Ketsch

Postanschrift:

Förderverein Alte Schule Ketsch e.V.
c/o Alte Schule Ketsch
Schulstraße 8
68775 Ketsch
Tel: 06202 – 69 25 98
Fax: 06202 – 69 25 97

foerderverein.as.ketsch@gmx.de
www.alte-schule-ketsch.de



Die Ziele und Projekte des Fördervereins:

- Regelmäßige Ausgabe des „Bunten Frühstücks“
- Schulprojekte unterstützen (z.B. Rollermobil, Verkehrserziehung „Das kleine Zebra“)
- Organisation von Schulfest und Unterstützung von Schulveranstaltungen
- Schulgartenpflege
- Finanzielle Unterstützung bei Anschaffungen für die Schule (z.B. Visualizer, Kopfhörer)
- viele weitere Ideen und Projekte für unsere Kinder umsetzen



Unterstützen Sie uns und werden Sie Mitglied

Einzelbeitrag: 15,- €/ Jahr
 Familienbeitrag: 20,- €/ Jahr

Ihr Mitgliedsbeitrag ist als Spende von der Steuer absetzbar

SEPA Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:
 Förderverein Alte Schule Ketsch e.V.

Anschrift: Schulstraße 8, 68775 Ketsch
Gläubiger-Ident-Nr.: DE15ZZZ00000840689
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige den Förderverein Alte Schule Ketsch e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Alte Schule Ketsch e.V. auf mein Konto bezogene Lastschrift einzulösen.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber: _____

Str.: _____

PLZ, Ort: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: DE __ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

BIC: _____

Dieses SEPA Lastschriftmandat gilt für folgendes

Mitglied: _____

 Ort / Datum / Unterschrift

Kosten für nicht einlösbare Lastschriften trägt das Mitglied. Mit ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, dass ihre Daten zu Verwaltungszwecken gespeichert werden dürfen.