

Vertrag 2. Schulhalbjahr 2025/2026 über die Silentiumsbetreuung

Hiermit melde ich

Erziehungsberechtigte(r)

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

meine(n) Tochter/ Sohn¹ _____ Klasse _____ für den Zeitraum vom **01.02.2026 bis 31.07.2026** für das Silentium der Viktoriaschule Aachen an und verpflichte mich, für die regelmäßige Teilnahme meines Kindes zu sorgen. Das Silentium findet **nicht** an schulfreien Tagen statt. **Der monatlich anfallende Betrag wird mittels Lastschriftverfahren eingezogen.**

Tag/Tage	Monatlicher Silentiumsbeitrag
1	21€
2	38€
3	53€
4	64€

Meine Tochter/ mein Sohn wird an _____ Tag/Tagen das Silentium besuchen:

- ☐ einem Tag
- ☐ zwei Tagen
- ☐ drei Tagen
- ☐ vier Tagen

Wählen Sie bitte auch die Wochentage:

Mo	Di	Mi	Do
-----------	-----------	-----------	-----------

¹ Nichtzutreffendes bitte streichen

Ich bin damit einverstanden, dass

- mein/unser Kind nach schwerem Regelverstoß von der Betreuung ausgeschlossen werden kann, ohne dass Ansprüche auf Rückzahlung des Beitrages bestehen.
- eine Kündigung zum Ablauf des Vertrages am Ende des Halbjahres **nicht** erforderlich ist, bei einer Abmeldung oder Reduzierung der Betreuung **vor Beendigung des Vertrages** die monatlichen Beiträge jedoch **bis zum Vertragsende zu leisten sind**.
- die Zahlungen über einen Zeitraum von **01.02.2026 bis einschließlich 31.07.2026 (6 Zahlungsmonate)** per Lastschriftverfahren eingezogen werden.

Ferner erkläre(n) ich/wir, dass²

- die/der Teilnehmer(in) – nicht – an einer Krankheit (z.B. Allergien, Diabetes etc.) leidet, die im täglichen Umgang besonderer Rücksicht bedarf:

- die/der Teilnehmer(in) – nicht – regelmäßig zur Zeit der Betreuung folgende Medikamente einnehmen muss:

BITTE LASTSCHRIFTMANDAT in Druckbuchstaben ausfüllen und unterschreiben!

Hiermit bestätige(n) ich/wir die Kenntnisnahme des Vertragsinhaltes und die Anmeldung.

Ort und Datum,
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Ort und Datum,
Unterschrift der Schulleitung

² Bitte ggf. entsprechende Angaben machen

SEPA – Basislastschriftmandat – Wiederkehrende Zahlung

Mandatsreferenznummer		WIRD SEPARAT MITGETEILT
Name des/der Silentiumsteilnehmer/in		
Kontoinhaber/ Kontoinhaberin		
	Anschrift	Straße und Hausnummer des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin Postleitzahl und Ort Land
	IBAN	IBAN des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin
	BIC	SWIFT/BIC des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin
	E-Mail	Bitte tragen Sie hier Ihre E-Mail-Adresse für weitere Informationen ein
	Betrag	Zahlbetrag
Zahlungsempfänger		Evangelische Kirche im Rheinland – Das Landeskirchenamt DE21LKA00000020252 Hans-Böckler-Straße 7 40476 Düsseldorf
Zahlungsart		Wiederkehrende Zahlung

Viktoriaschule Aachen
Silentium

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die Evangelische Kirche im Rheinland – Das Landeskirchenamt, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Evangelischen Kirche im Rheinland auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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 des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin