

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen/erklären wir unseren Beitritt zum Förderverein der Albert-Schweitzer-Schule, Ratingen.

JEDER BEITRAG HILFT UNS WEITER!

Jahresbeitrag

- Euro 12,- /Jahr (Mindestbeitrag)
- Euro 24,- /Jahr
- Euro 36,- /Jahr
- Euro _____ (frei wählbar)

Name, Vorname

Straße

PLZ / Wohnort

Telefon

E-Mail

Mit dem Tag, an dem mein / unser Kind

Name, Vorname

die Albert-Schweitzer-Schule verlässt, scheidet ich/ scheiden wir automatisch aus dem Förderverein aus. Eine Kündigung ist somit nicht notwendig.

Datum / Unterschrift

Nachrichtlich: Geschwisterkind:

Name, Vornahme

Klasse

Bei nachfolgenden Geschwisterkindern verlängert sich die Mitgliedschaft automatisch. Beitritt wird nur einmal erhoben!



Kontakt Förderverein

Förderverein der
Albert-Schweitzer-Schule
Städtische Gemeinschaftsgrundschule Ratingen Ost
Bruchstraße 22
40882 Ratingen



Albert-Schweitzer-Schule
Städtische Gemeinschaftsgrundschule mit kath. Teilstandort

1. Vorsitzende:
Alexandra Dittschar
fon. 0172. 2340247

E-mail: alexandradittschar@yahoo.de
web: www.ass-ratingen.de



Förderverein

Gemeinsam fördern



„Das Wenige,
das du tun kannst, ist viel...“

(Albert Schweitzer 1875 - 1965)

Seit der Gründung des Fördervereins im Jahr 1978 unterstützen Eltern, Ehemalige und Freunde der Albert-Schweitzer-Schule den Schulbetrieb durch Mitgliedsbeiträge, Spenden und Einnahmen aus außerschulischen Veranstaltungen wie zum Beispiel dem beliebten jährlich stattfindenden Trödelmarkt auf dem Pausenhof.

Ziel des Fördervereins ist es, mit finanziellen Mitteln den Schulalltag unserer Kinder noch schöner und attraktiver zu gestalten und somit ein angenehmes Lernklima zu schaffen.

So konnten durch den Förderverein in den vergangenen Jahren:

- Musikinstrumente
- Lernsoftware
- Sport- und Spielgeräte
- Lehr- und Lernmittel
- und vieles mehr

angeschafft werden. Dies sind alles Bereicherungen für den Schulalltag, die allen Kindern im Laufe ihrer Grundschulzeit zur Verfügung stehen.

Tragen auch Sie mit Ihrer Mitgliedschaft dazu bei, das gute schulische Lernumfeld weiterhin zu fördern.

SEPA Lastschriftmandat

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

DE _____

IBAN des Zahlungspflichtigen

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von meinem (unserem) Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort/Datum

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

