

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

*Albert Schweitzer*

**Mit Ihrer Mitgliedschaft unterstützen Sie...**

*...besondere schulische Projekte für die Kinder der Schutterlindenschule  
(Projekttag, Schülerbücherei)*

*... besondere Anschaffungen für die Schule (Rutsche, Schulküche)*

*... Angebote, die über den Unterricht hinausgehen (Wettkämpfe, Chorauftritte)*

*... Kinder, die aus finanziellen Gründen nicht an Gruppen- und  
Klassenaktivitäten teilnehmen können*

Förderverein der Schutterlindenschule e.V.

Ihr Ansprechpartner:

Schutterlindenschule Grundschule

Dinglinger Hauptstr. 65

77933 Lahr

Mail: [poststelle@schutterlindenschule.bwl.de](mailto:poststelle@schutterlindenschule.bwl.de)

Tel: 07821 42950

Fax: 07821 956004

**SCHUTTERLINDENBERG**



**FÖRDERVEREIN**

**SCHUTTERLINDENBERG**



## Antrag auf Mitgliedschaft im Förderverein der Schutterlindenbergschule e.V.

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft im Förderverein der Schutterlindenbergschule e. V. Lahr. Die von mir aufgeführten Daten dürfen für vereinsinterne Zwecke, wie z.B. Mitgliedslisten gespeichert werden und werden bei Austritt gelöscht.

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:**

\_\_\_\_\_

**Tel.**

\_\_\_\_\_

**Email:**

\_\_\_\_\_

Als Mitgliedsbeitrag entrichte ich jährlich \_\_\_\_\_ € (Mindestbetrag 5€ für Einzelpersonen, 7,00€ für Familien)

Kündigungen sind nur zum Schuljahresende (31.07.)möglich. Der Austritt muss schriftlich erklärt werden unter Einhaltung einer Frist von 4 Wochen zum Ende eines Schuljahres.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

## SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

Förderverein der Schutterlindenbergschule e.V.

Dinglinger Hauptstraße 65

77933 Lahr

Ich/Wir ermächtige(n) den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Erstattung des belasteten Betrages kann von mir/uns innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum verlangt werden. Dabei gelten die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Kontoinhaber:** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**BIC:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

**Anschrift:**

\_\_\_\_\_

1. Vorsitzende

Rektorin

Irina Fedkin

Diana Frei