



Freunde Bulgariens e.V.

Eduard Mörke Weg 10 ♦ 66133 Saarbrücken ♦ Tel: 0681 61575

freunde-bulgariens-saar.de

1.Vors.: Antony Ganey , Tel.0049 681 61575, Mail: tonyganev@hotmail.com

Leiterin der Kindersprachschule "Vasil Levski"- Evelina Avramova, Mail: evelinaavramova@yahoo.de

Anmeldung für die Schulklassen und Vorschullgruppe

Записване за училищните класове и предучилищната група

*Art von Unterricht: ПРИСЪСТВЕНО

*Вид обучение:

Angaben zum Schüler/Данни за ученика

.....
Vorname 2.Vorname Name собствено , бащино и фамилно име

Geboren am:.....Ort :.....

Роден на

Месторождение

*Staatsangehörigkeit, Reisepass Numer.....

Гражданство ЕГН, номер на задграничен паспорт

.....
Anschrift:.....

Адрес

Tel.:.....Email.....

Тел.

Емейл

*Krankenversicherung bei: Mutter /Vater Krankenkasse:.....

Здравна застраховка към: Майка/ Баща Здравноосигурителна каса

*Angaben zu den Eltern/Данни за родителите

*Mutter (Vorname,Name):.....

Майка (име, фамилия)

*Vater

(Vorname,Name):.....

Баща (име, фамилия)

*Erziehungsberechtigt:.....

.Родител/Настойник

*Telefonische Erreichbarkeit bei unvorhergesehenen Ereignissen

Телефон за връзка при непредвидени обстоятелства

Mutter:..... Vater:.....

Майка

Баща

Sonstige:.....

Други



Freunde Bulgariens e.V.

Eduard Mörike Weg 10 ♦ 66133 Saarbrücken ♦ Tel: 0681 61575

freunde-bulgariens-saar.de



-2-

Ich/Wir bestätige/n mit meiner/unsere Unterschrift, dass meine/unsere Tochter bzw. dass mein/unsere Sohn nach dem Unterrichtschluss das Schulgelände allein nicht verlassen darf.

Потвърждавам(е) с подписа си, че дъщеря/синът ми/ни след края на учебните занятия не може да напусне училището сам/а.

Подпис/Unterschrift:

Falls die Zahl der eingereichten Anmeldungen die Kapazität der jeweiligen Klasse und der materiellen Basis übersteigt, wird das Eingangsdatum der Anmeldung berücksichtigt.

В случай, че броят на подадените заявки за записване надхвърля капацитета на даден клас и на материалната ни база, датата на подаване на заявлението ще се взема под внимание.

Bitte, richten Sie Ihre ungeklärten Anfragen bezüglich Anmeldung neuer Kinder an der Schule an die elektronische Anschrift bg.schule_v.levski.sb@abv.bg oder <https://bg-schule-saar.de/bg>, oder rufen Sie uns montags vom 9 bis 12 Uhr an: +49 1631465050/+49681 61575.

Eine Entscheidung über die Anmeldung kann auch nach ein bis zwei Probestunden getroffen werden. Diese sollen ebenfalls zur Orientierung über das Niveau der Kinder/Schüler dienen.

По неизяснени въпроси, свързани със записване на нови деца в училището, моля да изпратите запитване на електронния ни адрес <https://bg-schule-saar.de/bg> или на bg.schule_v.levski.sb@abv.bg. Решение за записване на детето може да се вземе и след 1-2 пробни часа.

А на следните телефони: +49 1631465050, +49 681 61575 можете да получите информация всеки понеделник от 9 до 12 часа.

Die Schulgebühr beträgt 30 Euro pro Monat für Schüler, die im Großraum Saarbrücken oder Kaiserslautern wohnen. Für Schüler aus der Region Saarland oder Rheinland-Pfalz beträgt die Schulgebühr 25 Euro pro Monat. Für ein zweites Kind in der Schule ist die Schulgebühr 20 Euro monatlich, für ein drittes und jedes weitere Kind – 5 Euro. Die Gebühren sind jeweils monatlich auf das Konto der Sprachschule „Vasil Levski“ bis zum 10. Tag des Monats zu überweisen -SEPA oder Dauerauftrag.

Училищната такса е **30 Евро** месечно за ученици, живеещи в Саарбрюкен и Кайзерслаутерн. За ученици извън двата града, таксата е **25 Евро** месечно, предвид разстоянието и пътните разходи. За второ дете таксата е **20 Евро** месечно, за трето и всяко следващо дете – **5 евро**. Сумата трябва да бъде преведена **най-късно до 10 число** на месеца.

Die Monatsraten (12 Monatsraten) sollen auf das Konto der Schule überwiesen werden oder können im SEPA Lastschriftverfahren eingezogen werden. Es ist möglich die Jahressumme auf einmal zu bezahlen - also die Monatsrate x 12 Monate.



Freunde Bulgariens e.V.

Eduard Mörike Weg 10 ♦ 66133 Saarbrücken ♦ Tel: 0681 61575

freunde-bulgariens-saar.de



-3-

Месечните такси се превеждат на сметката на училището или се теглят от сметката Ви за всеки календарен месец. При желание можете да заплатите месечната вноска за цялата година еднократно – т.е. 12 месечни вноски.

Konto der Schule/Сметка на училището

Важно: Моля, запишете си сметката на училището, защото формулярът остава в училището.

Kontoinhaber : Freunde Bulgariens eV

Name der Bank: Vereinigte Volksbank eG Saarlouis-Sulzbach/Saar

IBAN: DE28 5919 0200 1058 2100 10

BIC: GENODEF1SB2

Verwendungszweck - Monatsrate für..... Klasse, BG Schule

(Name des Schulers/Име на ученика)

Eine Kündigung ist nur am Ende des Schuljahres möglich, um die Unterrichtsplanung sicherstellen zu können.

Отписването от училището е възможно само в **края на учебната година**, с цел да не се нарушава планирането на занятията.

Datum

Дата

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigte(n)

Подпис на родител/настойник

Bulgarische Sprachshule „Vasil Levski“

Saarbrücken, Kaiserslautern

Evelina Avramova-Ganeva

Tel.:0681/61575 und 0163/146 50 50

E-Mail: bg.schule_v.levski.sb@abv.bg

www.bgschulesb.de , Facebook Българско училище в Саарбрюкен с филиал в Кайзерслаутерн

Freunde Bulgariens e.V.

Eduard Mörikeweg 10

66133 Saarbrücken

tel. 0681/61575

Email: freunde.bulgariens@gmail.com



Freunde Bulgariens e.V.

Eduard Mörke Weg 10 ♦ 66133 Saarbrücken ♦ Tel: 0681 61575

freunde-bulgariens-saar.de



1.Vors.: Antony Ganey, **Tel.:** 0049 681 61575, **Mail:** tonyganev@hotmail.com
Leiterin der Kindersprachschule "Vasil Levski -Evelina Avramova, **Mail:** evelinaavramova@yahoo.de

ERKLÄRUNG für SEPA Lastschriftverfahren

Ich/Wir.....
(Vorname, Familienname)

bin/sind damit **einverstanden**, dass die monatliche Schulgebühr meines/meiner
Kindes/Kinder.....
in Höhe von Euro

bis zum 10. Tag eines jeden Monats von meinem/unserem Konto per SEPA-Lastschriftverfahren von
dem Freunde Bulgariens e.V. (Kindersprachschule „Vasil Levski“) **abgebucht wird.**

Kontoinhaber.....

Name der Bank

IBAN:

BIC:

Verwendungszweck:

(Name des/der Schülers/n – Име/на на ученика/учениците)

Ich/Wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass der Verein und die Schule, die von mir
gemachten Angaben im Rahmen der Monatsraten speichern und sie ausschließlich für vereininterne
und schulinterne Zwecke verwenden.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin /
des Antragstellers