

**\*Bitte innerhalb einer Woche ausgefüllt in der Betreuung abgeben!**



SCHULISCHER GANZTAG LANGGÖNS

## Allgemeine Abfrage

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

**Telefonnummern:**

Festnetz: \_\_\_\_\_

Mama: \_\_\_\_\_ Papa: \_\_\_\_\_

**Andere:**

Name/Nummer:

\_\_\_\_\_

Name/Nummer:

\_\_\_\_\_

Name/Nummer:

\_\_\_\_\_

Name/Nummer:

\_\_\_\_\_

**Mein Kind darf von folgenden Personen abgeholt werden:**

\_\_\_\_\_

**Nicht zur Abholung berechtigt sind:**

\_\_\_\_\_

**Besonderer Grund dafür:**

\_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:**

\_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Mailadresse für Infoschreiben verwendet wird.

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_

**Mein Kind ist laut Betreuungsvertrag angemeldet bis**

<input type="checkbox"/>	14:45
<input type="checkbox"/>	17:00

Ich bin mir dessen bewusst, dass mein Kind nach der vertraglich vereinbarten Betreuungszeit (14:45 Uhr/ 17:00 Uhr) nicht mehr versichert ist und die Aufsichtspflicht endet.

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_

Es nimmt an folgenden Tagen am Mittagessen teil

<input type="checkbox"/>	Montag
<input type="checkbox"/>	Dienstag
<input type="checkbox"/>	Mittwoch
<input type="checkbox"/>	Donnerstag
<input type="checkbox"/>	Freitag

Keine Teilnahme am Mittagessen

Begründung: \_\_\_\_\_

Wir weisen darauf hin, dass vom Landkreis Gießen ein warmes Mittagessen gewünscht ist. Auch wir findendies wichtig! Kinder, die nicht am Mittagessen teilnehmen, müssen mit genügend Essen, sowie Trinken versorgt werden und können nicht am täglichen Nachmittagssnack teilnehmen.

Mein Kind hat eine Laktose- und/oder Fruktoseunverträglichkeit

**Laktose**

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nein

**Fruktose**

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nein

Andere Unverträglichkeiten oder Lebensmittel, die **NICHT** verzehrt werden sollen/dürfen:

Mein Kind leidet an Allergien

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nein

Wenn ja an welchen: \_\_\_\_\_

An folgenden Symptomen erkennt man eine allergische Reaktion bei meinem Kind:

Das muss im Falle einer allergischen Reaktion getan werden:

Gibt es bei oben genannten Fall ein Notfallmedikament?

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nein

Wenn ja,wo befindet sich das Medikament, wie wird es angewendet

Mein Kind nimmt Medikamente ein?

<input type="checkbox"/>	ja
<input type="checkbox"/>	nein

Regelmäßig während der Schulzeit. Wenn ja, wann (Uhrzeit): \_\_\_\_\_

Im Akutfall (z.B. allergischer Schock, Asthma,...)

Wenn ja, wo befindet es sich bzw. wie wird es angewendet und liegt eine Verabreichungserlaubnis vor?

Mein Kind isst

vegetarisch

vegan

kein Schweinefleisch

Damit wir Ihrem Kind in solchen Situationen helfen können, **MUSS** eine Einverständniserklärung von Ihnen, sowie eine Verabreichungserlaubnis eines Arztes bei uns vorliegen!!!

Termine für außerschulische Aktivitäten (Musikschule, Fussball, etc.), sowie Teilnahme an AGs bitte schnellstmöglich in der Betreuung bekannt geben. Wir schicken die Kinder ist ein Angebot unsererseits und entbindet nicht, dass das Kind/die Eltern mit an die zu ihren Terminen. Dies ist ein Angebot unsererseits und entbindet nicht, dass das Kind/die Eltern mit an die Termine denken. Eine Verspätung oder ein Vergessen der Termine kann immer mal vorkommen!  
Das Kind ist während der Wege von und zu den außerschulischen Terminen nicht beaufsichtigt!

Mein Kind wird nach der Betreuung

abgeholt

fährt mit dem Bus Bitte nachfolgende Erlaubnis ausfüllen!

geht alleine nach Hause Bitte nachfolgende Erlaubnis ausfüllen!

Buszeiten:

MO \_\_\_\_\_

DI \_\_\_\_\_

MI \_\_\_\_\_

DO \_\_\_\_\_

FR \_\_\_\_\_

*Sollte Ihr Kind nicht an der Betreuung teilnehmen, bitten wir Sie dieses am selben Tag bis spätestens 8:30 Uhr telefonisch, schriftlich oder per Mail in der Betreuung Bescheid zu geben, damit Ihr Kind an diesem Tag als NICHT ANWESEND geführt werden kann!*

Betreuungsnummer:

**06403 - 7793968**

E-Mail:

**pfnlanggoens@mauszentrum-gi.de**

**Bitte speichern Sie sich die Nummer und Mailadresse!**

*Wir weisen daraufhin, dass nach Schulschluss sowie nach Ende der Betreuungszeit der Schulweg beginnt, für den die Erziehungsberechtigten die Verantwortung tragen.*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

**Erlaubnis:**

Hiermit erlaube ich, \_\_\_\_\_, dass mein Kind \_\_\_\_\_

um \_\_\_\_\_ Uhr alleine nach Hause gehen darf.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

**Erlaubnis:**

Hiermit erlaube ich, \_\_\_\_\_, dass mein Kind \_\_\_\_\_

um \_\_\_\_\_ Uhr alleine mit dem Bus fahren darf.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r