

## Betreuungsangebot in der Ernst-Leitz-Schule

### 1. Erziehungsberechtigte/r

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ, Wohnort:
Tel. privat:	Handy:
Email:	

### 2. Zahlungspflichtige/r (nur falls von Nr. 1 abweicht)

Name:
-------

### 3. Ich melde mein Kind verbindlich zum Betreuungsangebot der Grundschule an: (Kann nur zum Ende eines Schuljahres schriftlich gekündigt werden)

Name	Vorname	Klasse	
			<b>Verlässliche Grundschule</b> 07.30 Uhr bis 08.50 Uhr 12.20 Uhr bis <b>14.00 Uhr</b>  Kosten nach Gebührenordnung. Stand Jan. 2020 40,00 €/monatlich

**Anmeldung (Datum):** \_\_\_\_\_

Wir weisen darauf hin, dass nach 14 Uhr unsere Aufsichtspflicht erlischt und die Kinder nach Hause geschickt werden dürfen wenn Eltern nicht pünktlich da sind bzw. alleine auf dem Pausenhof warten dürfen.

### 4. Lastschriftinzugsverfahren

Ich erteile Abbuchungsermächtigung für mein/unser Konto:

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

# Verlässliche Grundschule der Stadt Sulzburg „Kernzeitbetreuung“



## Abholberechtigung

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

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Notfallnummer \_\_\_\_\_

Notfallnummer \_\_\_\_\_

- Unser Kind darf selbstständig nach Hause gehen
- Unser Kind darf selbstständig mit dem Bus nach Hause fahren
- Unser Kind wird abgeholt

- Bitte ankreuzen -

von folgenden Personen: \_\_\_\_\_

Bitte Namen u. Telefonnummer eintragen-

**Sollte Ihr Kind außerhalb der Regel früher aus der Kerni gehen dürfen muss dies schriftlich (bitte geben Sie Ihrem Kind den Zettel mit Unterschrift mit) oder telefonisch bei Frau Sütterlin (Tel: 07634 592632 12:00 Uhr – 14:00) mitgeteilt werden.**

Diese schriftlichen Vereinbarungen sind für beide Seiten verbindlich und können nur schriftliche geändert werden.

## Notfallsituation

Diese Angaben sind nur zur Information bei Notfällen.  
Die Betreuerinnen dürfen grundsätzliche KEINE Medikamente verabreichen.

Krankenversicherung d. Kindes : \_\_\_\_\_

Krankheiten: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Arzt/Ärztin d. Kindes: \_\_\_\_\_

Die o.g. Informationen werden sensibel und vertraulich behandelt, die Betreuerinnen unterliegen der Schweigepflicht. Die Angaben werden an keine dritten Personen weiter gegeben.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern