



## Nachmittagsbetreuung PMS

DATENBLATT für das Schuljahr 20\_\_ / \_\_

<b>Name:</b>	<b>Klasse:</b>
<b>Handynummer des Schülers/ der Schülerin:</b>	

**Angemeldet für:** *(Zutreffendes Ankreuzen)*

<b>Tage:</b>	<input type="radio"/> 1 Tag	<input type="radio"/> 2 Tage	<input type="radio"/> 3 Tage	<input type="radio"/> 4 Tage	<input type="radio"/> 5 Tage
<b>Wochentage:</b>	<input type="radio"/> MO	<input type="radio"/> DI	<input type="radio"/> MI	<input type="radio"/> DO	<input type="radio"/> FR

**Erziehungsberechtigte:** *(Bitte leserlich in Blockschrift ausfüllen)*

<b>Mutter:</b>	<b>Vater:</b>
<b>Erreichbarkeit:</b> (Handy bzw. Festnetz)	<b>Erreichbarkeit:</b> (Handy bzw. Festnetz)
<b>E-Mailadresse:</b>	<b>E-Mailadresse:</b>

**Wer darf außerdem Ihre Tochter / Ihren Sohn von der Nachmittagsbetreuung abholen und in welchem Verhältnis stehen Sie zu dieser/n Person/en?**

Name:	Beziehung:	Telefonnummer:

**Entlassung: Meine Tochter / Mein Sohn:** *(Zutreffendes ankreuzen und ausfüllen)*

<input type="checkbox"/> wird täglich abgeholt.
<input type="checkbox"/> darf die Nachmittagsbetreuung täglich ab _____ Uhr verlassen.
<input type="checkbox"/> darf die Nachmittagsbetreuung jeden _____ (Wochentag) ab _____ Uhr verlassen.
<input type="checkbox"/> darf die Nachmittagsbetreuung jeden _____ (Wochentag) ab _____ Uhr verlassen.

**Meine Tochter/mein Sohn**

(Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> kann schwimmen.
<input type="checkbox"/> ist gegen FSME (Zecken) geimpft.
<input type="checkbox"/> ist gegen Tetanus geimpft.
<input type="checkbox"/> muss folgende Medikamente regelmäßig in der Nachmittagsbetreuung einnehmen: Medikament: _____ Wie oft/wann: _____ Dosis: _____
<input type="checkbox"/> ist allergisch gegen: _____

**Im Katastrophenfall soll meine Tochter/mein Sohn, wenn es die Situation erlaubt**

bis zum Ende der Katastrophensituation
<input type="checkbox"/> in der Nachmittagsbetreuung bleiben.
<input type="checkbox"/> nach Hause entlassen werden.
Die Kaliumjodid-Tablette in der Nachmittagsbetreuung einnehmen wenn es von der Gesundheitsbehörde vorgeschlagen wird <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Sonstige Wünsche gesundheitlicher oder erzieherischer Art:**

--

**Wir bitten Sie Änderungen der Wohnanschrift, E-Mailadressen,  
Telefonnummern und Handynummern bekanntzugeben.**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_