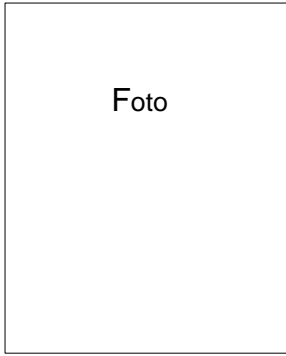


BETREUUNGS-PASS



Name des Kindes: _____

Klasse: _____

Telefon: (privat): _____

(Arbeitsstelle): _____

(Mobil): _____

Bitte ankreuzen:

Mein Kind: geht selbständig nach Hause wird abgeholt fährt mit dem Bus

A	Mittagessen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	2 Tage 7.15 Uhr – 14.30 Uhr Bitte Wochentage angeben	<input type="checkbox"/> Mo.; <input type="checkbox"/> Di.; <input type="checkbox"/> Mi.; <input type="checkbox"/> Do.; <input type="checkbox"/> Fr.;
B	Mittagessen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	3 Tage 7.15 Uhr – 14.30 Uhr Bitte Wochentage angeben	<input type="checkbox"/> Mo.; <input type="checkbox"/> Di.; <input type="checkbox"/> Mi.; <input type="checkbox"/> Do.; <input type="checkbox"/> Fr.;
C	Mittagessen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	5 Tage 7.15 Uhr – 14.30 Uhr	

D	mit Mittagessen	2 Tage 7.15 Uhr – 15.30 Uhr Bitte Wochentage angeben	<input type="checkbox"/> Mo.; <input type="checkbox"/> Di.; <input type="checkbox"/> Mi.; <input type="checkbox"/> Do.; <input type="checkbox"/> Fr.;
E	mit Mittagessen	3 Tage 7.15 Uhr – 15.30 Uhr Bitte Wochentage angeben	<input type="checkbox"/> Mo.; <input type="checkbox"/> Di.; <input type="checkbox"/> Mi.; <input type="checkbox"/> Do.; <input type="checkbox"/> Fr.;
F	mit Mittagessen	5 Tage 7.15 Uhr – 15.30 Uhr	

G	mit Mittagessen	2 Tage 7.15 Uhr – 17.00 Uhr Bitte Wochentage angeben	<input type="checkbox"/> Mo.; <input type="checkbox"/> Di.; <input type="checkbox"/> Mi.; <input type="checkbox"/> Do.; <input type="checkbox"/> Fr.;
H	mit Mittagessen	3 Tage 7.15 Uhr – 17.00 Uhr Bitte Wochentage angeben	<input type="checkbox"/> Mo.; <input type="checkbox"/> Di.; <input type="checkbox"/> Mi.; <input type="checkbox"/> Do.; <input type="checkbox"/> Fr.;
J	mit Mittagessen	5 Tage 7.15 Uhr – 17.00 Uhr	

Namen und Telefonnummern der berechtigten Personen, die außer den Erziehungsberechtigten mein Kind immer abholen dürfen. (Großeltern, Freunde, Nachbarn, etc.; **Nr.1 gilt auch für Notfälle**)

1 _____ (Notfall) 2 _____

3 _____ 4 _____

5 _____ 6 _____

Wichtig:

Gibt es etwas, woran wir bei Ihrem Kind noch denken sollen? Z.B. Allergien? Besuch von Turnverein, Musikschule etc.? **Bitte Uhrzeit angeben!**

(Datum)

(Unterschrift eines/r Erziehungsberechtigte)