

Schuljahr 2025/26



Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Name der Eltern: _____

Anschrift: _____ Religion: _____

Telefonnummern:

Festnetz Eltern: _____

Handy Mutter: _____

Handy Vater: _____

Alternative Nr. _____

(z.B. Arbeitsplatz, Oma, Opa, Verwandte, usw.)

Hat Ihr Kind chronische Krankheiten? Nein Ja, welche:

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? Nein Ja, welche:

Hat Ihr Kind Allergien? Nein Ja, welche:

Gibt es Besonderheiten bei der Mittagsverpflegung? Ja Nein

Vegetarisch

Sonstiges: _____

Kleinere Wunden dürfen durch Betreuerinnen mit einem hautfreundlichen Pflaster versorgt werden? Ja Nein

Darf Ihr Kind sportliche Betätigungen ausüben? Ja Nein, weil

Dürfen wir von ihrem Kind Fotos (z.B. bei Projekten, Ausflügen, Aktionen, für den Geburtstagskalender ...) machen und diese in den Ganztagsräumen bzw. der Aula aushängen und auf der Homepage veröffentlichen?

Ja Nein

Während der Ganztagschule und **mit Begleitung** darf mein Kind das Schulgelände (z.B. zum Sportplatz, zum Kastanien sammeln, ...) verlassen.

Ja Nein

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte (-r)

Wenden Sie sich bitte bei **Rückfragen** oder **Änderungen** direkt an uns!

Ihr Team der offenen Ganztagschule