



AUFNAHMEANTRAG

Angaben zur Person des Kindes:

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: m w PLZ: _____ Wohnort: _____

Straße: _____ Geb.Datum: _____

Krankenkasse (für Notfälle): _____

Klasse: _____ Klassenlehrerin: _____

Geschwisterkind: ja / nein Wenn ja, Name: _____ Kita: _____

Benötigt Ihr Kind Medikamente? _____

Wenn ja, welche? (Die Verabreichung durch das Betreuungsteam ist nicht gestattet. Diese Information dient nur zur Kenntnis für eventuelle Notfälle)

Leidet Ihr Kind an Allergien? _____

Wir buchen folgendes Betreuungsmodell ab (Datum): _____

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Bis 14:00	Bis 14:00	Bis 14:00	Bis 14:00	Bis 14:00
Bis 15:15	Bis 15:15	Bis 15:15	Bis 15:15	Bis 15:15
Bis 16:30	Bis 16:30	Bis 16:30	Bis 16:30	Bis 16:30

Bitte kreuzen Sie wunschgemäß an.

E Mail Adresse: _____

Das Kind wird abgeholt / kann selbstständig nach Betreuungsende nach Hause gehen (unzutreffendes bitte streichen).

Während der Betreuung ist in Notfällen telefonisch zu erreichen: (mit Namen)

Peter Pan e.V.



Mein Kind kann außer von mir / uns noch von folgenden Personen abgeholt werden:

1. _____

2. _____

3. _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung der Betreuungsgruppe Peter Pan e.V. Wallerstädten an und bin mit der Speicherung meiner Daten, nur für die Zwecke bei Peter Pan e.V., einverstanden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass in einem Notfall ein Notarzt gerufen werden kann.

Datum, Unterschrift: _____