

PETER PAN E.V.

Aufnahmeantrag
01/2023



Angaben zu Ihrem Kind:

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: m w Geb.Datum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Krankenkasse (für Notfälle): _____

Klasse: _____ Klassenlehrerin: _____

Geschwisterkind: ja nein

Wenn ja, Name: _____ Kita: _____

Benötigt Ihr Kind Medikamente? ja nein

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): _____

(bitte kreuzen Sie wunschgemäß an)

Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag	
Bis 14:00	<input type="checkbox"/>	Bis 14:00	<input type="checkbox"/>	Bis 14:00	<input type="checkbox"/>	Bis 14:00	<input type="checkbox"/>	Bis 14:00	<input type="checkbox"/>
Bis 15:15	<input type="checkbox"/>	Bis 15:15	<input type="checkbox"/>	Bis 15:15	<input type="checkbox"/>	Bis 15:15	<input type="checkbox"/>	Bis 15:15	<input type="checkbox"/>
Bis 16:30	<input type="checkbox"/>	Bis 16:30	<input type="checkbox"/>	Bis 16:30	<input type="checkbox"/>	Bis 16:30	<input type="checkbox"/>	Bis 16:30	<input type="checkbox"/>

Kontaktdaten Sorgeberechtigte:

E-Mailadressen: _____

Handynummern: _____



Abholberechtigte/Notfallkontakte:

Ihr Kind wird nach der Betreuung abgeholt ja

Ihr Kind darf selbstständig nach Hause gehen ja

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

Ihr Kind darf außer von Ihnen noch von folgenden Personen abgeholt werden:

1. _____

2. _____

3. _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung der Schulkindbetreuung 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 der Rettungsdienst/Notarzt gerufen werden kann.

Datum, Unterschrift: _____