



Anmeldung zur Notfallbetreuung

Name des Kindes: _____

Klasse: _____

Kontakt im Notfall:

Name: _____

Festnetz: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Berufsgruppe eines Elternteiles:

(ausschließlich Tätigkeiten in „kritischen Infrastrukturen“)

Vater: _____

oder

Mutter: _____

Alleinerziehend:

Bitte legen Sie uns schnellstmöglich einen Nachweis Ihres Arbeitgebers vor.

BENÖTIGTE BETREUUNGSZEITEN BITTE ANKREUZEN!

Wochentage	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Vormittag Von 8:15-12:45 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>