

Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Hessen e.V.
Regionalverband Südhessen

Verbindliche Anmeldung für das Schuljahr 2018/2019

für die Betreuung im Ganztagsangebot (GTA) an der Gutenbergschule, Dieburg

Bitte beachten Sie, dass sich aus der Anmeldung Ihres Kindes kein Anspruch auf einen Platz in der betreuten Mittagspause ableiten lässt. Die Platzvergabe erfolgt nach der Einteilung der AGs. Sie erhalten eine Nachricht über die Aufnahme Ihres Kindes vom Büro der pädagogischen Dienste.

Angaben zur Schülerin / zum Schüler

| | |
|--|---|
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Geschlecht: weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Klasse: |
| Adresse (falls abweichend von Eltern): | |

Angaben zu den Eltern / Personensorgeberechtigten

| | |
|-------------------|----------------|
| Name: | Name: |
| Vorname: | Vorname: |
| Straße, Ort: | Straße, Ort: |
| Telefonnummer: | Telefonnummer: |
| E-Mail: | E-Mail: |
| Sonstige Angaben: | |

Im Notfall telefonisch zu erreichen (z.B. bei einem Unfall, einer plötzlichen Erkrankung):

Angaben zur gewünschten Betreuung / zum Betreuungsumfang

| Art der Betreuung | Wochentage | Entgelt |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> GTA Betreuung Unterrichtsende bis 14:30 Uhr ohne Mittagessen | <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi | kostenlos Bitte Lunchpaket mitgeben! |
| <input type="checkbox"/> GTA Betreuung Unterrichtsende bis 14:30 mit Mittagessen über die Firma Eidmann | <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi | Betreuung kostenlos Mittagessen wird über den Caterer abgerechnet. Nähere Informationen unter: www.eidmanns-gastronomie.de |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mein Kind wird nur an den Tagen bis 14:30 Uhr betreut, an denen sich ein AG-Angebot anschließt. | | |

Die Kapazitäten für alle Angebote sind begrenzt!

Erklärung für den Nachhauseweg

darf alleine nach Hause gehen wird immer von der Betreuung abgeholt

Abholberechtigte Personen sind:

Name: _____ Vorname: _____ Tel.: _____

Name: _____ Vorname: _____ Tel.: _____

Abholberechtigte Personen müssen sich gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ASB ausweisen können. Änderungen sind schriftlich mitzuteilen.

Ggf. Sonstige Informationen

Informationen zum Gesundheitszustand

Krankheiten, Allergien, Nahrungsmittel- und Medikamenten-Unverträglichkeiten:

Mein Kind nimmt eigenverantwortlich nachfolgendes Medikament ein:

Sonstige Angaben:

Erklärung zum Informationsaustausch mit der Schule

Ich/Wir willige/n mit meiner/unserer Unterschrift ein, dass die Betreuungskraft/-leitung sich mit der Schule hinsichtlich schulischer Entwicklung / Hausaufgaben austauschen darf.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Eltern / Personensorgeberechtigten

.....
Ort, Datum

.....
Entgegengenommen: Unterschrift MA ASB