

Verbindliche Anmeldung zur Notfallbetreuung ab 22.2.21

bitte vollständig ausgefüllt senden an: info@kvs-regensburg.de

Bitte bedenken Sie: Je mehr Kinder die Notbetreuung besuchen, desto mehr Kontakte haben sie. **Nehmen Sie das Angebot daher nur in Anspruch, wenn Sie Ihr Kind nicht selbst betreuen können.**
Die Notfallbetreuung ist **kein Unterricht in der gewohnten Qualität.**

Wir/ ich benötige/n die Notfallbetreuung:

Lerngruppe A

Lerngruppe B

Name des Kindes: _____

Klasse: _____

KW ____

- | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Montag, _____ | <input type="checkbox"/> 8 bis 14 Uhr | (jeweils mit Mittagessen) |
| <input type="checkbox"/> Dienstag, _____ | <input type="checkbox"/> 8 bis 14 Uhr | (jeweils mit Mittagessen) |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch, _____ | <input type="checkbox"/> 8 bis 14 Uhr | (jeweils mit Mittagessen) |
| <input type="checkbox"/> Donnerstag, _____ | <input type="checkbox"/> 8 bis 14 Uhr | (jeweils mit Mittagessen) |
| <input type="checkbox"/> Freitag, _____ | <input type="checkbox"/> 8 bis 14 Uhr | (jeweils mit Mittagessen) |

KW ____

- | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Montag, _____ | <input type="checkbox"/> 8 bis 14 Uhr | (jeweils mit Mittagessen) |
| <input type="checkbox"/> Dienstag, _____ | <input type="checkbox"/> 8 bis 14 Uhr | (jeweils mit Mittagessen) |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch, _____ | <input type="checkbox"/> 8 bis 14 Uhr | (jeweils mit Mittagessen) |
| <input type="checkbox"/> Donnerstag, _____ | <input type="checkbox"/> 8 bis 14 Uhr | (jeweils mit Mittagessen) |
| <input type="checkbox"/> Freitag, _____ | <input type="checkbox"/> 8 bis 14 Uhr | (jeweils mit Mittagessen) |

Formlose Begründung des Betreuungsbedarfes:

Sollte das Kind erkrankt sein oder aus anderen Gründen nicht kommen können, erwarten wir eine zuverlässige Meldung über ESIS oder per Email. Hat das Kind Symptome einer akuten übertragbaren Krankheit oder war in Kontakt zu einer infizierten Person, darf es an der Notfallbetreuung nicht teilnehmen.

Mit dieser Unterschrift bestätige/n wir/ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift/en