

Datenblatt für die Offene Ganztageschule (OGS)

Schuljahr
2019 / 20

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,
bitte füllen Sie dieses Notfallblatt sorgfältig aus. Denken Sie bitte daran,
Änderungen uns schnellstmöglich zu melden. Danke!

Die OGS ist eine schulische Veranstaltung in Kooperation mit dem Frère-Roger-Kinderzentrum und unterliegt dem gesetzlichen Datenschutz. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Alle Angaben sind freiwillig!

Name/Vorname des Kindes	Klasse:	
Geburtsdatum		
Sorgerecht / Elterndaten	<input type="checkbox"/> beide leibliche Eltern oder <input type="checkbox"/> nur Mutter <input type="checkbox"/> nur Vater <small>Vor- und Zuname Vor- und Zuname</small> <input type="checkbox"/> Vormund <small>Vor- und Zuname</small> <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungspfleger/in <small>Vor- und Zuname</small> <input type="checkbox"/> Sonstiges (.....) <small>Vor- und Zuname</small>	
Adresse		
Festnetz zu Hause		
evtl. Emailadresse		
Betreuungszeiten	<input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag Vom Schulende bis 15:30 Uhr bei Buskindern und bis 16:00 Uhr bei den ortsansässigen Kindern.	
<p>Ich/Wir sind einverstanden, dass das Personal der OGS mit den betreffenden Lehrkräften der Schule pädagogische relevante Informationen über mein Kind austauschen darf.</p> <p style="text-align: center;">Klassenlehrer/ Fachlehrer <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>		
Telefonnummern während der OGS im Notfall	Mutter Handy:	Vater Handy:
	Mutter geschäftlich:	Vater geschäftlich:
<p>Leidet Ihr Kind unter anderen Krankheiten, die für uns in der OGS relevant sind?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?</p>		

Für den Fall, dass wir Sie persönlich nicht erreichen sollten, bitten wir Sie nachstehend Personen ihres Vertrauens aufzuführen, die wir im Notfall kontaktieren dürfen (z.B. Großeltern, Onkel/Tante oder Bekannte). Bitte beachten Sie, dass eine Herausgabe des Kindes nur möglich ist, wenn diese Personen auch in der untenstehenden Liste eingetragen sind.

Name	Adresse	Telefonnummer	Verwandtschaftsgrad

Kein Kontakt zu folgenden Personen

<p>Leidet Ihr Kind unter chronischen Krankheiten? (Freiwillige Angabe) (Allergien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wie Heuschnupfen, • gegen Nahrungsmittel • Sonnencreme, • Asthma • etc.) 	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
--	--

<p>Muss Ihr Kind dafür Medikamente einnehmen?</p> <p style="font-size: small;">Bedenken Sie, dass bei „Ja“, ihr Kind diese Medikamente bei sich haben muss. Das OGS Personal darf keine Medikamente an Schüler ausgeben.</p>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?
---	--

<p>Hausarzt des Kindes (Name und Anschrift)</p>	
--	--

<p>Krankenkasse (wird bei einem Krankenwageneinsatz abgefragt)</p>	
---	--

<p>Bemerkungen, Maßnahmen oder besondere Anliegen:</p>	
---	--

Ich kann / Wir können diese Erklärung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

Datum	
--------------	--

Unterschrift der Erziehungsberechtigten	
--	--