

GEHZEITENREGELUNG

Mein Kind _____ geb. _____ OGS Gruppe _____, Klasse _____
(Name des Kindes) (Geburtsdatum des Kindes)

Adresse _____

Telefon _____

- darf selbstständig nach Hause gehen
- wird abgeholt
- darf nach dem offiziellen Ende der Betreuung / OGS alleine auf dem Schulhof warten, bis es abgeholt wird.



Ich bin darüber informiert, dass Verspätungen bei der Abholung meines Kindes einen erhöhten Betreuungsaufwand bedeuten und mir in Rechnung gestellt werden. Ich bin darüber informiert, dass die Aufsichtspflicht der AWO-Mitarbeiter/innen beginnt, wenn mein Kind den Betreuungsraum betritt und dass sie nach dem Ende der offiziellen OGS-Zeit / Betreuungszeit endet. Ich bin darüber informiert, dass ich für die Abholung meines Kindes verantwortlich bin und es mir obliegt, auf wen ich die Aufgabe übertrage.

Gehzeiten OGS

	14:00 Uhr (vor den Hausaufgaben)	15:00 Uhr (vor den Angeboten)	16:00 Uhr (nach den Angeboten)
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			

Änderungen der Gehzeiten müssen schriftlich eingereicht werden.

Früh- / Spätdienst OGS

Nur für **Eltern / Alleinerziehende (r)**, die Ihr Kind in dieser Zeit **nicht** selbst betreuen können (**Arbeitgeberbescheinigungen, Sprachkursbescheinigungen** usw. sind der OGS vorzulegen.).

- Mein Kind braucht eine Frühbetreuung von 7-9 Uhr morgens an folgenden Schultagen (bitte **Uhrzeit** eintragen).

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
ab	ab	ab	ab	ab

- Mein Kind braucht eine Spätbetreuung bis 16.30 Uhr an folgenden Schultagen (bitte ankreuzen)

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Bis 16.30	Bis 16.30	Bis 16.30	Bis 16.30	Bis 16.00

bitte wenden → → →

NOTFALLSITUATIONEN

Wenn meinem/unserem Kind etwas zustößt, bin ich telefonisch zu erreichen unter:

Telefon privat: _____ Telefon dienstl.: _____

Handy: _____ Sonstige Telefonnummer: _____

Wenn ich/ wir nicht zu erreichen bin/sind, sollen:

_____ oder
(Name der Person und Telefonnummer)

_____ oder
(Name der Person und Telefonnummer)

_____ benachrichtigt werden.
(Name der Person und Telefonnummer)

Name und Telefon des Kinderarztes _____

Krankenkasse des Kindes _____

Mein Kind hat	Mein Kind braucht	Mein Kind leidet an
<input type="checkbox"/> Allergien gegen: <input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten:	<input type="checkbox"/> regelmäßig folgende Medikamente in folgen- der Dosierung:	<input type="checkbox"/> folgender Krankheit:

Diese Angabe ist nur zur Information bei Notfällen. Die Mitarbeiter/innen der Offenen Ganztags-
schule dürfen grundsätzlich keine Medikamente verabreichen.

PRESSE

In einem seriösen Bericht über die OGS darf mein Kind in der lokalen Presse mit Foto und Na-
men erwähnt werden, außerdem auf der Homepage der Schule. JA NEIN

Von meinen Kind dürfen Fotos gemacht werden, die nur OGS intern verwendet werden z.B. für
den Geburtskalender JA NEIN

Änderungen geben Sie bitte umgehend an Ihre Gruppenleitung weiter.

Ich bin darüber informiert, dass alle Informationen sensibel behandelt werden und die
Mitarbeiter/innen der Schweigepflicht unterliegen. Die Angaben werden nicht an Dritte weiterge-
geben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)