

# Datenblatt – Anmeldeformular OGS

Anmeldung bis spätestens 31.03. des darauffolgenden Schuljahres  
Aufnahme erfolgt immer zum 01.08. für das neue Schuljahr



**Aufnahme ab** \_\_\_\_\_ (Monat) \_\_\_\_\_ (Jahr)

**OGS Betreuung** in \_\_\_\_\_ (Ort der OGS)

**acht bis eins** (Vormittagsbetreuung) in \_\_\_\_\_ (Ort der OGS)

## Angaben des betreuten Kindes:

Name: / Vorname: \_\_\_\_\_ weibl.  / männl.

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Schulklasse ab Aufnahme: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Familiensprache: \_\_\_\_\_

## 1. Erziehungsberechtigte/r

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

( Straße / Hausnummer )

( PLZ / Ort )

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Tel. Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

## 2. Erziehungsberechtigte/r

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

( Straße / Hausnummer )

( PLZ / Ort )

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Tel. Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

## Weitere Angaben:

*Sie sind*

arbeitssuchend

berufstätig

*Sie sind*

arbeitssuchend

berufstätig

**Das Personensorgerecht sowie das Aufenthaltsbestimmungsrecht**

*(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

wird gemeinsam wahrgenommen

liegt ausschließlich bei der Mutter

es handelt sich um ein Pflegekind

liegt ausschließlich beim Vater

## Gesundheit

Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung?

- Ja, welche \_\_\_\_\_  
 Nein

Leidet Ihr Kind unter Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

- Ja, welche \_\_\_\_\_  
 Nein

Benötigt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

- Ja, welche \_\_\_\_\_  
 Nein

## Abholberechtigung

Mein / Unser Kind \_\_\_\_\_ darf von folgenden Personen in die Offene Ganztagsgrundschule (OGS) gebracht und von dort abgeholt werden. Im Notfall oder falls mein / unser Kind nach Ende der Betreuung nicht abgeholt sein sollte, können die Mitarbeiter der OGS sich mit folgenden Personen in Verbindung setzen und diesen das Kind übergeben:

**Frau / Herr**

**Verhältnis zum Kind**

**Tel.-Nr.**

Frau / Herr	Verhältnis zum Kind	Tel.-Nr.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Ich bin damit einverstanden, dass

mein Kind an Sonderveranstaltungen wie Spaziergängen, Fahrten, Exkursionen, Wanderungen u.ä. teilnehmen darf.  Ja  Nein

mein Kind an Projekten, bei denen Speisen und Getränke mit den Kindern hergestellt bzw. zubereitet werden, teilnehmen und diese verzehren darf, sowie von außerhalb zubereitete Speisen und Getränke (z.B. Geburtstage, Karneval, Feste) verzehren darf.  Ja  Nein

***Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Speisen nicht unter die Allergenkennzeichnungspflicht fallen.***

**x** \_\_\_\_\_

Ort, Datum

**x** \_\_\_\_\_

Unterschrift der Personenberechtigten

Bitte ausgefüllt zurück an:

**Deutsches Rotes Kreuz, KV Euskirchen e.V, Jülicher Ring 32 b, 53879 Euskirchen**