

Absender:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Altlußheim, den \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

Albert-Schweitzer-Schule Grundschule  
Sekretariat Frau Müller  
Mozartstr. 2

Schulkindbetreuung „Die Tintenkleckser“  
im Nebengebäude der Albert-Schweitzer-  
Schule, Mozartstraße 3, 68804 Altlußheim  
Tel.: 397550

68804 Altlußheim

## Anmeldung

Hiermit melde ich/melden wir/unser/mein Kind

Name \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_ ab (Zeitpunkt): \_\_\_\_\_

für die

**Kernzeitbetreuung (K 1)** von 7.15 Uhr - 8.30 Uhr und 12.15 - 13.15 Uhr **(ohne Verpflegung)**

**Kernzeitbetreuung (K 2)** von 7.15 Uhr - 8.30 Uhr und 12.15 – 14.15 Uhr

**jeden Schultag in der Woche**

**zusätzlich zu K 1 an folgenden Tagen**

Mo	Die	Mi	Do	Fr

**Verpflegung:**  ja  nein

**Flexible Nachmittagsbetreuung** von 12.15 Uhr - 16.30 Uhr (Fr. bis 16.00 Uhr) **(mit Verpflegung)**

**jeden Schultag in der Woche**

**nur an den folgenden Schultagen in der Woche**

Mo	Die	Mi	Do	Fr

**Verbundbetreuung jeden Schultag in der Woche** von 7.15-8.30 Uhr und 12.15-16.30 Uhr (Fr. bis 16.00 Uhr) **(mit Verpflegung)**

an.

Eine jährliche Steuerbescheinigung wird gewünscht.

\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten**

**Allgemeines:**

Die Schulleitung und die Betreuerinnen werden von der Anmeldung unterrichtet.

Während der Teilnahme an dem Betreuungsangebot besteht gesetzlicher Unfallversicherungsschutz.

Ich/Wir versichere/versichern, dass in der Wohngemeinschaft des Kindes in den letzten sechs Wochen eine übertragbare Krankheit (z.B. Diphtherie, Masern, Röteln, Scharlach, Windpocken, Keuchhusten, Mumps, Tuberkulose, Kinderlähmung, Gelbsucht, übertragbare Erkrankungen von Auge, Haut oder Darm) nicht vorgekommen ist und dass auch gegenwärtig kein Verdacht einer solchen Krankheit vorliegt.

Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, das Kind sofort vom Besuch der Einrichtung zurückzuhalten, wenn bei ihm oder in der Wohngemeinschaft des Kindes eine übertragbare Krankheit auftritt oder sich der Verdacht einer solchen Krankheit ergibt. Erkrankt das Kind an einer übertragbaren Krankheit oder wird es dessen verdächtigt, wird die Leitung der Einrichtung unbeschadet sonstiger Meldepflichten unverzüglich benachrichtigt.

Wir sind damit einverstanden, dass der Albert-Schweitzer-Schule bzw. der Schulkindbetreuung vorliegende, für beide Institutionen relevante, Daten gegenseitig weitergegeben werden dürfen (z.B. Nachweis der Masernschutzimpfung, Adressänderung, Fehlen des Kindes etc.)

Die Benutzungsordnung für die Schulkindbetreuung „die Tintenkleckser“ an der Albert-Schweitzer-Schule wurde ausgehändigt, zur Kenntnis genommen und wird anerkannt. Sie ist Bestandteil dieser Anmeldung.

---

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

## Fragebogen zum Kind

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

### Familienverhältnis:

Alleinerziehend: Ja  Nein

### Erziehungsberechtigte:

Vater: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Mutter: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Geschwisteranzahl: \_\_\_\_\_

Alter der Geschwister: \_\_\_\_\_

Liegen Krankheiten oder Allergien vor? (z.B. Lebensmittelunverträglichkeiten)  
Erhält das Kind Medikamente, Therapie oder Förderung?

Krankheiten oder Allergien: Ja   
Nein

Welche: \_\_\_\_\_

Medikamente, Lebensmittelunverträglichkeiten, Therapie oder Förderung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Besucher Kindergarten: \_\_\_\_\_

Absender: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Albert-Schweitzer-Schule Grundschule  
Sekretariat Frau Müller  
Mozartstr. 2

68804 Altlußheim

## Meldung über die in der Familie lebenden Kinder unter 18 Jahren

	Name, Vorname	Geburtsdatum:
Kind 1:		
Kind 2:		
Kind 3:		
Kind 4:		
Kind 5:		

Ohne ihre fristgerechte Rückmeldung müssen wir davon ausgehen, dass nur 1 Kind in der Familie lebt. Dementsprechend werden die Beträge nach der jeweils höchsten Beitragskategorie erhoben.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

## Einverständniserklärung

Ich/Wir gebe/geben mein/unser Einverständnis, dass mein/unser Kind

---

(Name, Vorname, geb. am, Anschrift)

- nach der vereinbarten Betreuungszeit allein nach Hause gehen darf.

Wir erklären, dass unser/mein Kind von mir/uns in den Umgang auch mit den möglichen Gefahren des Nachhausewegs von der Einrichtung eingewiesen ist.

Bei erheblichen Veränderungen der Wegverhältnisse oder bei sonstigen Sondersituationen trage/n ich/wir Sorge, dass mein/unser Kind abgeholt wird. Die Einrichtung ist befugt, über solche Fälle zu entscheiden und die Abholung des Kindes zu verlangen.

- Folgende Personen sind berechtigt, mein/unser Kind von der Betreuungseinrichtung abzuholen (grundsätzlich und sofern das Kind nicht allein nach Hause gehen darf):

---

(Name, Vorname, geb. am, Anschrift)

---

(Name, Vorname, geb. am, Anschrift)

---

(Name, Vorname, geb. am, Anschrift)

---

(Name, Vorname, geb. am, Anschrift)

---

Ort; Datum

---

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Eingang bei der Betreuungseinrichtung:

Datum/Stempel/Handzeichen

Anschrift der Schulkindbetreuung:

„Die Tintenleckser“  
Mozartstraße 3  
68804 Altlußheim

## Unbedenklichkeitsbescheinigung

Name und Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Anschrift	

Das Kind bzw. eine in der Wohngemeinschaft des Kindes lebende Person war an einer ansteckenden Krankheit erkrankt. Die Ansteckungsgefahr ist nach ärztlicher Untersuchung beendet. Gegen den Besuch der Schülerbetreuung bestehen keine Bedenken.

Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
-------	-------------------------------------