



Bitte ausfüllen zur Aufnahme in den Offenen Ganzttag / Rückgabe an OGS Teamleitung Anika Schmidt

ANGABEN ZUM KIND

Nachname

Vorname

Adresse

Geburtsdatum

ANGABEN ZU PERSONENBERECHTIGTEN

Vorname

Nachname

Telefonnummer

Telefon Arbeit

E-Mail

Vorname

Nachname

Telefonnummer

Telefon Arbeit

E-Mail

ENTLASSZEITEN *bitte verbindlich ankreuzen*

Uhrzeit	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG
15:00 Uhr					
15:15 Uhr mit dem Bus					
16:00 Uhr					

Ich bin darüber informiert, dass die Aufsichtspflicht mit der OGS Entlasszeit endet.

Ort, Datum

Unterschrift des / der Personenberechtigten

Teilen Sie uns Änderungen unverzüglich schriftlich, leserlich und unterschrieben mit!



ERNÄHRUNG Bei der Zubereitung der Mahlzeiten in unserer Einrichtung verwenden **grundsätzlich kein Schweinefleisch.**

VEGETARISCH ☐

VEGAN ☐

BEKANNTE LEBENSMITTELUNVERTRÄGLICHKEITEN

BEKANNTE ALLERGIEN

VORERKRANKUNGEN / MEDIKAMENTE

Zur Prävention von Kopfläusen und zum Schutz der anderen Kinder möchten wir Sie um ihr Einverständnis bitten, dass wir bei auffälligem Verdacht auf Kopfläuse bei Ihrem Kind danach schauen dürfen. Diese Maßnahme erfolgt nur, wenn Hinweise auf eine mögliche Ansteckung vorliegen und dient der Vermeidung einer weiteren Ausbreitung.

JA ☐

NEIN ☐

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind an den pädagogischen Angeboten mit unserer ausgebildeten Hündin Suki teilnehmen darf, die unter fachkundiger Anleitung zur Förderung von Wohlbefinden und sozialen Fähigkeiten eingesetzt wird.

JA ☐

NEIN ☐

Mein Kind ist gegen Hundehaare allergisch

JA ☐

NEIN ☐

Mein Kind hat große Angst vor Hunden

JA ☐

NEIN ☐

NOTFALLINFORMATIONEN damit wir im absoluten Notfall – zum Beispiel bei einem medizinischen Notfall, der den Einsatz eines Notarztes erfordert – schnell und richtig handeln können, möchten wir Sie bitten, uns die folgenden Daten mitzuteilen.

**Name, Vorname
des Versicherten**

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Diese Daten werden selbstverständlich **vertraulich behandelt** und nur im Notfall genutzt, um einen reibungslosen Ablauf bei einer möglichen Krankenhauseinweisung sicherzustellen. Bitte machen Sie sich keine Sorgen: Es handelt sich hierbei lediglich um eine **Vorsichtsmaßnahme**, damit wir im Fall der Fälle gut vorbereitet sind – und Ihr Kind bestmöglich versorgt werden kann.

NOTFALLKONTAKTE

1.

Nachname, Vorname

Telefonnummer

2.

Nachname, Vorname

Telefonnummer

Ort, Datum

Unterschrift des / der Personenberechtigten