

Einverständniserklärung zum selbstständigen Verlassen der Mittagsbetreuung

Hiermit erlaube(n) ich/wir,

Name des Kindes: _____ Klasse: _____

dass mein/unser Kind ab dem _____ bis auf Widerruf täglich nach der Mittagsbetreuung (ca. _____ Uhr) selbstständig nach Hause gehen darf.

Diese Einverständniserklärung gilt nur für den direkten Heimweg. Die Verantwortung geht ab dem Verlassen des Betreuungsgeländes auf die Erziehungsberechtigten über.

Ort, Datum: _____

Unterschrift(en) der Erziehungsberechtigten

Entschuldigung für die Mittagsbetreuung

Mein/e Tochter/Sohn _____, Klasse _____

kann am _____ die Nachmittagsbetreuung nicht besuchen.

Grund: _____

[] _____ wird abgeholt um _____ Uhr.
(Kind)

[] _____ darf alleine nach Hause gehen um _____ Uhr.
(Kind)

Ort, Datum: _____

Unterschrift(en) der Erziehungsberechtigten

Wichtige Info zu Allergien/Unverträglichkeiten an die Mittagsbetreuung –

Name des Kindes: _____ Klasse: _____

mein Kind, hat folgende Nahrungsmittelallergien / -unverträglichkeiten:

- **[Allergen, z. B. Milch/Laktose]:** [Beschreibung, z. B. absolut vermeiden, keine Spuren]

- **[Allergen, z. B. Erdnüsse]:** [Beschreibung, z. B. anaphylaktische Reaktion möglich]

-

- _____

-

- _____

-

Notfallhinweise: Im Falle eines Verzehrs reagiert mein Kind mit

_____ [Symptome].

Ein Notfallset (EpiPen/Antihistaminikum) befindet sich _____ [Ort, z. B. im Schulanfang].

Bei einem Notfall bin/sind ich/wir als Erziehungsberechtigte/r(n) damit einverstanden, dass das Personal der Mittagsbetreuung im Rahmen der Ersten Hilfe das Notfallset verwenden darf.

Kontakt Daten für Rückfragen:

Telefonnummer: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift(en) der Erziehungsberechtigten

Einverständniserklärung zur ersten Hilfe (Pflaster) an die Mittagsbetreuung –

Bei einem Notfall bin/sind ich/wir als Erziehungsberechtigte/r(n) damit einverstanden, dass das Personal der Mittagsbetreuung im Rahmen der Ersten Hilfe im Falle einer kleineren Verletzung (kleine Schnittwunden, Schürfwunden) ein Pflaster aufkleben darf.

Ich bestätige, dass bei meinem Kind **keine Pflasterallergie** (insb. keine Allergie gegen Klebstoffe/Acrylat) bekannt ist.

Medizinische Hinweise:

- Allergien (z.B. Pflaster): [] Nein [] Ja: _____
- Sonstiges: _____

Kontaktdaten für Rückfragen:

Telefonnummer: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift(en) der Erziehungsberechtigten