



Förderkreis Michael-Ende-Schule

Mandelring 92

67433 Neustadt

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Adresse:.....

Telefon:.....

Hausarzt:.....

Allergien/Lebensmittelunverträglichkeiten/ Krankheiten:.....

Medikamente:.....

.....

Im Falle eines Unfalls, einer Krankheit oder Verletzung als Erstversorgung

- Wunden reinigen (mit Verwendung von Octenisept oder Vergleichbarem),
- Wunden verbinden,
- Insektenstiche kühlen,
- Insektenstiche behandeln (Fenistil ect.).

In Notfällen sollen verständigt werden:

Name/Vorname:Tel:

Name/Vorname:Tel:

Name/Vorname:Tel:

Erklärung:

Das oben genannte Kind darf an Spaziergängen mit den betreuenden Personen während der Betreuungszeit teilnehmen. Ich verpflichte mich, die angegebenen Betreuungszeiten einzuhalten. Wird ein Kind nicht rechtzeitig abgeholt, sind die Betreuer/innen **nicht verpflichtet** auf dem Schulgelände zu warten.

Die Richtlinien für die Betreuende Grundschule Haardt wurden auf der Webseite zur Verfügung gestellt.

Ich erkenne diese an und bespreche sie mit meinem Kind hinsichtlich der es betreffenden Inhalte.

.....

Ort, Datum Unterschrift eines Erziehungsberechtigten