

Abhol- bzw. Gehzeiten Schuljahr 2026/27

Mein/unser Kind _____, geb. _____, Klasse _____
 (Name des Kindes) (Geburtsdatum)

Adresse der/des Erziehungsberechtigte(n):

- ☐ darf selbstständig nach Hause gehen
- ☐ darf nach dem offiziellen Ende der Betreuung /OGS alleine auf dem Schulhof warten, bis es abgeholt wird.
- ☐ wird abgeholt von:
1. _____
 (Name der Person und Telefonnummer)
2. _____
 (Name der Person und Telefonnummer)
3. _____
 (Name der Person und Telefonnummer)

Ich bin darüber informiert, dass Verspätungen bei der Abholung meines Kindes einen erhöhten Betreuungsaufwand bedeuten und mir in Rechnung gestellt werden. Ich bin darüber informiert, dass die Aufsichtspflicht der AWO-Mitarbeiter/innen erst beginnt, wenn mein Kind den Betreuungsraum betritt und dass sie nach dem Ende der offiziellen OGS-Zeit / Betreuungszeit endet. Ich bin darüber informiert, dass ich für die Abholung meines Kindes verantwortlich bin und es mir obliegt, auf wen ich die Aufgabe übertrage.

Bitte ankreuzen!

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Mein Kind geht <u>alleine</u> nach Hause	13:30 Uhr ☐ (nur VüM) 15 Uhr ☐ 16 Uhr ☐	13:30 Uhr ☐ (nur VüM) 15 Uhr ☐ 16 Uhr ☐	13:30 Uhr ☐ (nur VüM) 15 Uhr ☐ 16 Uhr ☐	13:30 Uhr ☐ (nur VüM) 15 Uhr ☐ 16 Uhr ☐	13:30 Uhr ☐ (nur VüM) 14 Uhr ☐ 15 Uhr ☐
Spätdienst bei nachgewiesener Berufstätigkeit	16:30 Uhr ☐	16:30 Uhr ☐	16:30 Uhr ☐	16:30 Uhr ☐	16 Uhr ☐
Mein Kind wird <u>abgeholt</u>	bis 13:30 Uhr ☐ (nur VüM) ab 15 Uhr ☐	bis 13:30 Uhr ☐ (nur VüM) ab 15 Uhr ☐	bis 13:30 Uhr ☐ (nur VüM) ab 15 Uhr ☐	bis 13:30 Uhr ☐ (nur VüM) ab 15 Uhr ☐	bis 13:30 Uhr ☐ (nur VüM) ab 14 Uhr ☐
Spätdienst bei nachgewiesener Berufstätigkeit	16:30 Uhr ☐	16:30 Uhr ☐	16:30 Uhr ☐	16:30 Uhr ☐	16 Uhr ☐

Über Änderungen der Abholzeiten oder Ausnahmen müssen die MitarbeiterInnen der OGS **schriftlich** informiert werden.

Notfallsituationen

Wenn meinem/unserem Kind _____ etwas zustößt, bin ich/sind wir
(Name in Druckbuchstaben)

telefonisch **in dieser Reihenfolge** zu erreichen unter:

1. _____ 2. _____
(Name und Telefonnummer) (Name und Telefonnummer)

3. _____ 4. _____
(Name und Telefonnummer) (Name und Telefonnummer)

Wenn ich/wir nicht zu erreichen bin/sind, soll:

_____ benachrichtigt werden.
(Name und Telefonnummer der Person)

Name und Telefon des Kinderarztes _____

Krankenkasse des Kindes _____

Mein Kind	Mein Kind hat	Mein Kind braucht	Mein Kind leidet an
☐ ist VegetarierIn ☐ hat Nahrungs-unverträglichkeiten:	☐ Allergien gegen: ☐ Unverträglichkeiten:	☐ regelmäßig folgende Medikamente in folgender Dosierung:	☐ folgender Krankheit:

Diese Angabe ist nur zur Information bei Notfällen. Die Mitarbeiter/innen der Offenen Ganztagschule dürfen grundsätzlich keine Medikamente verabreichen.

Veröffentlichungen

Mein Kind darf in der Presse/ auf der Homepage mit Foto und Namen erwähnt werden.
☐ JA ☐ NEIN

Von meinem Kind dürfen Fotos gemacht werden, die nur OGS intern verwendet werden z.B. für den Geburtskalender ☐ JA ☐ NEIN

Ich bin darüber informiert, dass alle Informationen sensibel behandelt werden und die Mitarbeiter/innen der Schweigepflicht unterliegen. Die Angaben werden nicht an Dritte weitergegeben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

