Frère-Roger-Kinderzentrum
KJF Kinder- und Jugendhilfe

Datenblatt für die Offene Ganztagesschule (OGTS)

Schuljahr
2024 /25

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,
bitte füllen Sie dieses Notfallblatt sorgfältig aus. Denken Sie bitte daran, uns Änderungen schnellstmöglich zu melden. Danke!

Die OGTS ist eine schulische Veranstaltung in Kooperation mit dem Frère-Roger-Kinderzentrum und unterliegt dem gesetzlichen Datenschutz. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.
Alle Angaben sind freiwillig!

Name/Vorname des Kindes	**Klasse:**
Geburtsdatum	
Sorgerecht / Eltern-daten	☐ beide leibliche Eltern …….. (Vor- und Zuname Mutter) …….. (Vor- und Zuname Vater) oder ☐ nur Mutter …….. (Vor- und Zuname) ☐ nur Vater …….. (Vor- und Zuname) ☐ Vormund …….. (Vor- und Zuname) ☐ Aufenthaltsbestimmungspfleger/in …….. (Vor- und Zuname) ☐ Sonstiges (……) …….. (Vor- und Zuname)
Adresse	
Festnetz zu Hause	
evtl. Emailadresse	
Betreuungszeiten Es müssen mind. 2 Tage / Woche gebucht werden.	☐ Kurzgruppe *(von Schulende bis 14.00 Uhr)* ☐ Langgruppe *(von Schulende bis 16.00 Uhr)* ☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag

Ich/Wir sind einverstanden, dass das Personal der OGTS/OGS mit den betreffenden Lehrkräften der Schule pädagogisch relevante Informationen über mein Kind austauschen darf.

Klassenlehrer/ Fachlehrer ☐ Ja ☐ Nein

Ich kann / Wir können diese Erklärung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

Bitte schnellstmöglich in der OGTS/OGS abgeben. Danke!

Telefonische Erreichbarkeit während der OGTS/OGS Betreuungszeit	Mutter Handy:	Vater Handy:	Sonstige Kontaktperson (mit Namen):
	Mutter geschäftlich:	Vater geschäftlich:	

Für den Fall, dass wir Sie persönlich nicht erreichen sollten, bitten wir Sie nachstehend Personen ihres Vertrauens aufzuführen, die wir **im Notfall** kontaktieren dürfen (z.B. Großeltern, Onkel/Tante oder Bekannte). Bitte beachten Sie, dass eine Herausgabe des Kindes nur möglich ist, wenn diese Personen auch in der untenstehenden Liste eingetragen sind.

Name	Adresse	Telefonnummer	Verwandtschaftsgrad

Kein Kontakt zu folgenden Personen ……

Leidet Ihr Kind unter Allergien und/oder Unverträglichkeiten, die für die OGTS relevant sind (Nahrungsmittel, Insektenstiche, Sonnencrème, Pflaster, etc.)?

☐ Nein ☐ Ja, welche? _____

_____

_____

Leidet Ihr Kind unter (chronischen) Krankheiten? (Freiwillige Angabe) • wie Heuschnupfen, • Diabetes • Asthma • etc.	☐ Nein ☐ Ja, welche?
Muss Ihr Kind dafür während der Betreuungszeit Medikamente einnehmen? Bedenken Sie, dass bei „Ja“, ihr Kind diese Medikamente bei sich haben muss. Das OGTS Personal darf keine Medikamente an Schüler ausgeben.	☐ Nein ☐ Ja, welche?
Hausarzt des Kindes (Name und Anschrift)	
Krankenkasse (wird bei einem Krankenwageneinsatz abgefragt)	

Bemerkungen, Maßnahmen oder besondere Anliegen (z.B. Essgewohnheiten):

Datum	
Unterschrift der Erziehungsberechtigten	

Bitte schnellstmöglich in der OGTS abgeben. Danke!