Teilnahme an der außerordentlichen Betreuung

Mein / unser Kind \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

□ muss an folgenden Tagen und zu folgenden Zeiten an der außerordentlichen Betreuung teilnehmen. (frühester Beginn: 8:00 Uhr, späteste Abholzeit Mo – Do 16:00 Uhr, Fr –15:00 Uhr):

**Woche vom 11.05. - 15.05.2020**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mo** | **Di** | **Mi** | **Do** | **Fr** |
| von |  |  |  |  |  |
| bis |  |  |  |  |  |

**Woche vom 18.05. - 20.05.2020**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mo** | **Di** | **Mi** | **Do****(Feiertag)** | **Fr** **(bew.Ferientag)** |
| von |  |  |  | **X** | **X** |
| bis |  |  |  | **X** | **X** |

**Woche vom 25.05. - 29.05.2020**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mo** | **Di** | **Mi** | **Do** | **Fr** |
| von |  |  |  |  |  |
| bis |  |  |  |  |  |

**Woche vom 03.06. - 05.06.2020**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mo (Pfingsten)** | **Di****(Pfingsten)** | **Mi** | **Do** | **Fr** |
| von | **X** | **X** |  |  |  |
| bis | **X** | **X** |  |  |  |

**Woche vom 08.06. - 10.06.2020**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mo** | **Di** | **Mi** | **Do (Feiertag)** | **Fr****(bew.Ferientag)** |
| von |  |  |  | **X** | **X** |
| bis |  |  |  | **X** | **X** |

**Woche vom 15.06. - 19.06.2020**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mo** | **Di** | **Mi** | **Do** | **Fr** |
| von |  |  |  |  |  |
| bis |  |  |  |  |  |

**Woche vom 22.06. - 26.06.2020**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mo** | **Di** | **Mi** | **Do** | **Fr** |
| von |  |  |  |  |  |
| bis |  |  |  |  |  |

□ Ich versichere, dass mein Kind keine Krankheitssymptome aufweist, keinen Kontakt

zu einer Corona-infizierten Person hat bzw. in den letzten 14 Tagen hatte und sich im

selben Zeitraum nicht in einem Risikogebiet aufgehalten hat.

□ Ich weiß, dass ich mein Kind unverzüglich abholen muss, wenn innerhalb der

Betreuungszeit Krankheitssymptome auftreten. In diesem Falle bin ich oder ist eine

von mir beauftragte Person erreichbar unter folgender Telefonnummer:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Ich gebe meinem Kind Frühstück und Mittagessen in getrennten Boxen sowie eine gefüllte Trinkflasche mit.

Datum: Aachen, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(**nur für interne Bearbeitungszwecke**) Die Teilnahme an der außerordentlichen Betreuung wird

□ genehmigt □ nicht genehmigt