



## GESAMTSCHULE DES VOGELSBERGKREISES

Grebenhain, 16. März 2020

### **Notfallbetreuung**

**(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)**

Ich gehöre zu den vom Hess. Kultusministerium benannten Gruppen und benötige für die Zeit der Schulschließungen bis zu den Osterferien eine Notfallbetreuung für mein Kind

Name des Kindes:

Klasse:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Uhrzeit von/bis Unterrichtsstunden					

Name der/des Erziehungsberechtigten:

Mutter:

---

Vater:

---

alleinerziehend

ja

nein

Arbeitgeber:

Mutter: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Aktuelle Mobil-Notfallnummern der/des Erziehungsberechtigten:

Mutter:

---

Vater:

---

**Datum, Unterschrift/en Erziehungsberechtigte/r**