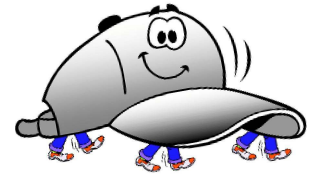


# Pass op e.V.



## Antrag auf Kinderbetreuung

Bitte in Druckbuchstaben schreiben

Hier beantrage ich für mein Kind

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Absender

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

die Betreuung durch den Verein Pass op e.V.

Die Betreuung wird an folgenden Tagen gewünscht:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7:00 - 8:00					
12:00 - 13:00					
13:00 - 14:00					
14:00 - 15:00	-----	-----	-----		-----

Klasse des Kindes \_\_\_\_\_

Die Betreuung soll ab dem \_\_\_\_\_ erfolgen.

- Ich versichere, dass mein Kind frei von ansteckenden Krankheiten ist.
- Es bestehen folgende Allergien oder müssen folgende Medikamente regelmäßig eingenommen werden \_\_\_\_\_
- Mein Kind darf nach der Betreuung alleine nach Hause gehen. (Sollte diese Genehmigung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen, bedarf es einer schriftlichen Mitteilung an den Vorstand)

Folgende Personen sind berechtigt mein Kind bei Pass op abzuholen:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Im NOTFALL bin ich oder eine Person unter folgenden Nummern zu erreichen:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Die Satzung, Grundsätze und die Entgeltordnung des Vereins Pass op e.V. sind mir bekannt und werden von mir anerkannt.

Die Betreuungsgebühren in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro buchen Sie bitte von meinem Konto ab.