



Ergänzende Förderung und Betreuung (eFöB)

Angaben zum Kind für das Schuljahr 2024/ 25

Name, Vorname: _____

Geburtsort: _____ Geburtstag: _____

Anschrift: _____

Schuljahr: _____ Klasse: _____

Krankenkasse: _____

Gesundheitliche Besonderheiten (z.B. Allergien, Asthma, Heuschnupfen, Diabetes u.a.)

regelmäßige Medikamentierung (ärztliche Bescheinigung notwendig!):

ja, folgende:

Angaben zu den Personensorgeberechtigten

Name, Vorname: _____

Bezug zum Kind: _____

Anschrift (falls abweichend): _____

E-Mail-Adresse: _____

Tel. privat: _____

Tel. geschäftlich: _____

Beschäftigt bei (freiwillige Angabe): _____

(bitte unbedingt beide Telefonnummern für Notfälle angeben!)

Name, Vorname: _____

Bezug zum Kind: _____

Anschrift (falls abweichend): _____

E-Mail-Adresse _____

Tel. privat: _____

Tel. geschäftlich: _____

Beschäftigt bei (freiwillige Angabe): _____

(bitte unbedingt beide Telefonnummern für Notfälle angeben!)



Ergänzende Förderung und Betreuung (eFöB)

Dauervollmachten für das Schuljahr 2024/ 25

(Diese Dauervollmachten gelten bis Schuljahresende bzw. bis zum schriftlichen Widerruf)

Mein/ Unser Kind darf die Betreuungseinrichtung an den unten aufgeführten Zeitpunkten alleine verlassen:

	Uhrzeit
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	

Mein/ unser Kind darf bei entsprechender Witterung auf dem Schulhof mit Badeschuhen unter den Schlauch.

☐ JA

☐ NEIN

Folgende Personen dürfen mein/ unser Kind abholen:

Name, Vorname: _____
Bezug zum Kind: _____
Telefon: _____

Name, Vorname: _____
Bezug zum Kind: _____
Telefon: _____

Name, Vorname: _____
Bezug zum Kind: _____
Telefon: _____

Name, Vorname: _____
Bezug zum Kind: _____
Telefon: _____

Datum _____ Unterschrift der Personensorgeberechtigten _____