

## Ferienbetreuung für Grundschüler 2024 Ort: Grundschule Stockach

Bitte senden Sie dieses Formular direkt an:  
Stadt Stockach, Hauptamt – Frau Küppers, Adenauerstraße 4, 78333 Stockach  
oder elektronisch an: [c.kueppers@stockach.de](mailto:c.kueppers@stockach.de)

Verbindliche Anmeldungen möglich ab 15.11.2023, max. 20 Plätze  
Betreuungsumfang: 7.30 Uhr – 13.30 Uhr  
Kosten: 12 € / Tag (tageweise buchbar, siehe unten)  
Telefonische Auskünfte erhalten Sie unter Nr. 07771/802-193

Erziehungsberechtigte/r: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
(auch Notfallnummer während der Betreuungszeit)

Kind 1: \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum, Schule, Klasse)

Kind 2: \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum, Schule, Klasse)

Kind 3: \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum, Schule, Klasse)

### **Osterferien: 02.04.2024 – 05.04.2024**

Di:  Mi:  Do:  Fr:

### **Sommerferien: 29.07.2024 – 02.08.2024**

Mo:  Di:  Mi:  Do:  Fr:

### **Sommerferien: 26.08.2024 – 30.08.2024**

Mo:  Di:  Mi:  Do:  Fr:

### **Sommerferien: 02.09.2024 – 06.09.2024**

Mo:  Di:  Mi:  Do:  Fr:

**bitte wenden!**

**Herbstferien: 28.10.2024 – 31.10.2024**

Mo:       Di:       Mi:       Do:

**Einverständniserklärungen:**

**1. Abtretung von Rechten**

Für die Dauer der Betreuung bevollmächtige ich die Betreuer/-innen, alle Rechte, die mir als Erziehungsberechtigter/m über mein/e Kind/er zustehen, wahrzunehmen.

**2. Nachhauseweg**

Ich bin damit einverstanden, dass mein/e Kind/er nach der vereinbarten Betreuungszeit allein nach Hause gehen darf. Mein/Unser Kind ist von mir/uns in die gefahrlose Bewältigung des Nachhauseweges von der Einrichtung zur Wohnung eingewiesen worden.

Mein/Unser Kind wird spätestens am Ende der Betreuungszeit durch mich/durch uns oder durch nachfolgend genannte Personen abgeholt:

.....  
(Vorname, Name)

.....  
(Vorname, Name)

**3. Medikamente / Krankheiten / Sonstiges**

Bei meinem Kind ..... ist folgendes zu beachten:  
(Name)

Einnahme von Medikamenten:  Ja, welche: .....

Dosierung: .....

Nein

Krankheiten:  Ja, welche: .....

Nein

Allergien:  Ja, welche: .....

Sonstiges: .....

---

(Datum / Unterschrift(en))