

NOTFALLGRUPPE – Schließung Kitas/Schulen

Angaben zum Kind:			
Name, Vorname des Kindes			
Adresse (Teilort):			
Geburtsdatum:		Alter des Kindes:	
Benötigter Betreuungsumfang: (Stunden / Wochentage)			
Allergien, wichtige Informationen zum Kind:			
Aktuelle Einrichtung:	<input type="checkbox"/> Krippe: _____ <input type="checkbox"/> Kiga: _____ <input type="checkbox"/> Grundschule: _____		
Erreichbar (Telefon und Handy)			
Email-Adresse:			
Angaben zu Eltern:			
Alleinerziehend:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Name, Vorname (Vater)			
Arbeitgeber:			
Bereich	<input type="checkbox"/> Rettungsdienst / Arzt / Krankenschwestern / Krankenpfleger <input type="checkbox"/> Polizei / Feuerwehr / Busfahrer <input type="checkbox"/> Sprechstundenhilfen <input type="checkbox"/> Gesundheitswesen: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____		
Name, Vorname (Mutter)			
Arbeitgeber:			
Bereich:	<input type="checkbox"/> Rettungsdienst / Arzt / Krankenschwestern / Krankenpfleger <input type="checkbox"/> Polizei / Feuerwehr / Busfahrer <input type="checkbox"/> Sprechstundenhilfen <input type="checkbox"/> Gesundheitswesen: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____		