

**Vereinbarung zum Verlassen der eFöB am Nachmittag**

---

Name der Personensorgeberechtigten

Telefonnummer 1

Telefonnummer 2

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Hiermit erteile(n) ich/ wir die Erlaubnis, dass mein/ unser Kind \_\_\_\_\_  
 Klasse \_\_\_\_\_ die Einrichtung Askanier-Grundschule selbstständig nach Abmeldung bei den  
 Mitarbeitenden, verlassen darf.

Wochentag	Uhrzeit
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	

**Diese Vereinbarung ist bis auf Widerruf für die Dauer des Betreuungsvertrages gültig. Ausnahmen werden separat und schriftlich mitgeteilt.**

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Dokumentenart	Dateiname	Zuletzt geändert	Freigabe durch GF	Seite
Formular	FO_Vereinbarung zum Verlassen der eFöB	LSgH 09.04.2025	15.04.2025	Seite 1 von 1