

Vereinbarung zum Verlassen der eFöB am Nachmittag

Namen der Personensorgeberechtigten (Eltern)	private Telefonnummer	Mobil- Telefonnummer*	dienstliche Telefonnummer*

Hiermit erteile(n) ich/wir die Erlaubnis, dass mein/unser Kind _____
die Einrichtung Havel-Grundschule selbständig, nach Abmeldung bei den Mitarbeitenden, verlassen
darf.

Wochentag	Uhrzeit	Kind darf eigenverantwortlich entscheiden, wann es den eFöB verlässt.	
Montag		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Dienstag		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Mittwoch		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Donnerstag		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Freitag		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

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