

# Freundeskreis Leibniz-Gymnasium e. V. Nachmittags-Betreuung

Karolinenstraße 103  
67434 Neustadt

Tel. Betreuung: 0151 56720620

Tel. Verpflegung: 0170 5964893 ▪ E-Mail: nachmittagsbetreuung@lg-nw.de



## Vollmacht bei Unfall, Krankheit oder Verletzung

### Angaben zum Kind

Name:..... Vorname: ..... Geb.Datum: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

Hausarzt: .....

Allergien liegen vor gegen      Medikamente: .....

Insektenstiche: .....

Nahrungsmittel: .....

Was wir sonst noch über Ihr Kind wissen sollten: .....

### Das Sorgerecht hat/haben (Zutreffendes bitte ankreuzen)

der Vater alleine       die Mutter alleine       Vater und Mutter gemeinsam

### Im Notfall sind in folgender Reihenfolge zu benachrichtigen:

Name/Vorname: ..... Tel.: .....

Name/Vorname: ..... Tel.: .....

Name/Vorname: ..... Tel.: .....

Genannte Personen sind berechtigt, das Kind von der Schule abzuholen.

### Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass das Betreuungspersonal unserem Kind im Falle eines Unfalles, einer Krankheit oder Verletzung

- Wunden reinigt (mit Verwendung von Octenisept)
- Wunden verbindet
- Insektenstiche kühlt
- Insektenstiche behandelt (Fenistil etc.)

### Erklärung:

Mein Kind darf an Spaziergängen mit den betreuenden Personen während der Betreuungszeit teilnehmen. Ferner darf es sich **innerhalb** des Schulgeländes in Kleingruppen (mindestens zu zweit) ohne Betreuungspersonal bewegen.

Ich verpflichte mich, die angegebenen Betreuungszeiten einzuhalten und Ihnen rechtzeitig mitzuteilen, falls mein Kind einmal nicht an der Betreuung teilnimmt oder krank ist.

Die Richtlinien der Betreuung wurden mir ausgehändigt. Ich erkenne diese an und bespreche sie mit meinem Kind.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)