



# Mittelpunktschule Trebur

## Schülerdaten „Betreute Lernzeit“

<b>Vorname</b>			
<b>Nachname</b>			
Klasse		Lehrkraft	
Geburtsdatum		Geb.-Ort	
Nationalität		Religion	
Straße und Nr.			
PLZ und Ort			

<b>Mutter</b>		<b>Vater</b>	
Nachname		Nachname	
Vorname		Vorname	
Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Privat		Privat	
Mobil		Mobil	
Geschäftlich		Geschäftlich	
Email		Email	
ggf. abweichende Adresse:		ggf. abweichende Adresse:	
Straße und Nr.		Straße und Nr.	
PLZ und Ort		PLZ und Ort	

<b>Wichtige Angaben</b> (Betreffendes bitte im Kästchen <input type="checkbox"/> ankreuzen!)									
<b>Mein Kind soll bei Unterrichtsausfall (Nachmittagsunterricht / AG) wie folgt nach Hause kommen:</b>									
<b>Montag</b>		<b>Dienstag</b>		<b>Mittwoch</b>		<b>Donnerstag</b>		<b>Freitag</b>	
<input type="checkbox"/>	13:15 Uhr	<input type="checkbox"/>	13:15 Uhr	<input type="checkbox"/>	13:15 Uhr	<input type="checkbox"/>	13:15 Uhr	<input type="checkbox"/>	13:15 Uhr
<input type="checkbox"/>	15:30 Uhr	<input type="checkbox"/>	15:30 Uhr	<input type="checkbox"/>	15:30 Uhr	<input type="checkbox"/>	15:30 Uhr	<input type="checkbox"/>	15:30 Uhr
<b>Mein Kind kann bei wärmebedingtem Unterrichtsausfall („Hitzefrei“) wie folgt nach Hause kommen:</b>									
<b>Montag</b>		<b>Dienstag</b>		<b>Mittwoch</b>		<b>Donnerstag</b>		<b>Freitag</b>	
<input type="checkbox"/>	12:30 Uhr	<input type="checkbox"/>	12:30 Uhr	<input type="checkbox"/>	12:30 Uhr	<input type="checkbox"/>	12:30 Uhr	<input type="checkbox"/>	12:30 Uhr
<input type="checkbox"/>	13:15 Uhr	<input type="checkbox"/>	13:15 Uhr	<input type="checkbox"/>	13:15 Uhr	<input type="checkbox"/>	13:15 Uhr	<input type="checkbox"/>	13:15 Uhr
<input type="checkbox"/>	15:30 Uhr	<input type="checkbox"/>	15:30 Uhr	<input type="checkbox"/>	15:30 Uhr	<input type="checkbox"/>	15:30 Uhr	<input type="checkbox"/>	15:30 Uhr



# Mittelpunktschule Trebur

Schülerdaten „Betreute Lernzeit“

**Was wir über den Gesundheitszustand wissen müssten:**

**Was wir allgemein über Ihr Kind wissen sollten und Sie uns mitteilen möchten:**

**Wer darf mein Kind (noch) abholen:**

Name	Telefonnummer
Name	Telefonnummer

**Hiermit bestätige ich, dass die zuvor gemachten Angaben korrekt sind.**

\_\_\_\_\_  
Mutter (falls sorgeberechtigt)

\_\_\_\_\_  
Vater (falls sorgeberechtigt)

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum