



Antrag auf Notbetreuung

Schule _____
Klasse _____
Hort-/Kernigruppe _____
Name des Kindes, Geburtsdatum _____

Benötigte Betreuungszeit	Mo	Di	Mi	Do	Fr
Unterrichtszeit 8.30 – 12.00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühbetreuung Kerni und Hort 7:00-8:30 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittagsbetreuung Kerni bis 13:15 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittagsbetreuung Hort bis 17 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Ich bin alleinerziehend
- Mein Kind/meine Familie erhält Hilfe zu Erziehung (z.B. Tagesgruppe bei der JuLe, sozialpädagogische Familienhilfe,...)

Name der Mutter _____
Beruf der Mutter _____
Arbeitgeber der Mutter _____

Name des Vaters _____
Beruf des Vaters _____
Arbeitgeber des Vaters _____

Adresse _____
Mobilnummer _____
E-Mail _____

Dem Antrag ist die Arbeitgeberbestätigung (s. Blatt 2) bei zulegen. Bei selbstständig oder freiberuflich Tätigen genügt eine Eigenbestätigung.

- Ich/Wir bestätigen mit meiner /unserer Unterschrift, dass nach Prüfung aller Möglichkeiten keine familiäre oder anderweitige Betreuung des Kindes möglich ist.
- Weiterhin bestätige/n ich/wir, dass innerhalb der letzten 14 Tage kein Kontakt des Kindes mit einer Covid-19 infizierten Person bestanden hat und mein/ unser Kind kein Fieber oder andere Symptome einer Atemwegserkrankung zeigt.
- Sobald mein Kind Anzeichen einer Atemwegserkrankung zeigt, wird mein Kind zu Hause betreut und ich informiere Schule/Einrichtungen umgehend.

Unterschrift 1. Erziehungsberechtigte/r /Alleinerziehender

Unterschrift 2. Erziehungsberechtigte/r

Arbeitgeberbestätigung für die Berechtigung zur Aufnahme in eine Notgruppe (Blatt 2)



Hiermit bestätigen wir,

Name Firma _____

Branche _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

dass Frau/Herr _____

entsprechend der CoronaVo des Landes BW

- Außerhalb der Wohnung einer **präsenzpflchtigen Berufstätigkeit** nachgeht (bedeutet, der Arbeitgeber gewährt kein Homeoffice) und für unser Unternehmen **unabkömmlich** ist

An folgenden Tagen/Zeiten ist der/die Mitarbeiter/in normalerweise tätig ist.

	Mo	Di	Mi	Do	Fr
vormittags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachmittags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Ort

Stempel/Unterschrift