

# Antrag auf Notfallbetreuung, 17. März – 3. April 2020

Name des Kindes:		Klasse:	
Anschrift:			
Telefonnummer:			

**Wir benötigen eine Notfallbetreuung im Zeitraum der regulären Unterrichtszeit auf der Basis des Stundenplans unseres Kindes (bitte ankreuzen):**

Stundenbeginn	Mo	Di	Mi	Do	Fr
8:00					
8:50					
9:50					
10:40					
11.35					
12:25					
13.15					
14.00					

**In welchem Bereich sind Sie tätig?**

	1. Erziehungsberechtigte/r	2. Erziehungsberechtigte/r
medizinisches und pflegerisches Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hersteller von für die Versorgung notwendigen Medizinprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telekommunikation, Energie, Wasser, ÖPNV, Entsorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensmittelproduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Anschriften und Telefonnummern der Arbeitgeber:**

---



---



---



---



---



---



---



---

Datum, Unterschrift, Arbeitgeber

Datum, Unterschrift, Arbeitgeber

---



---