

OGS-Plan

Nachname des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

Klasse: _____

Klassenlehrerin: _____

Bitte kreuzen Sie hier an, wann Ihr Kind nach Hause geht bzw. abgeholt wird.

| Feste Abholzeiten | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15:00 Uhr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16:00 Uhr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mein Kind geht allein nach Hause | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mein Kind wird abgeholt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hinweis:

Sobald Kinder während der OGS-Zeiten das Schulgelände aus genehmigten, außerordentlichen Gründen vorzeitig verlassen, ist eine Rückkehr innerhalb der OGS-Zeiten nicht mehr möglich.

Ort/Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Name in Druckbuchstaben