

Vereinbarung zum Verlassen der BEB am Nachmittag

Name der Personensorgeberechtigten

Telefonnummer 1

Telefonnummer 2

Hiermit erteile(n) ich/ wir die Erlaubnis, dass mein/ unser Kind _____
Klasse _____ die Einrichtung Havel-Grundschule selbstständig nach Abmeldung bei den
Mitarbeitenden, verlassen darf.

Wochentag	Uhrzeit
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	

Diese Vereinbarung ist bis auf Widerruf für die Dauer des Betreuungsvertrages gültig. Ausnahmen werden separat und schriftlich mitgeteilt.

Datum

Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Dokumentenart	Dateiname	Zuletzt geändert	Freigabe durch GF	Seite
Formular	FO_Vereinbarung zum Verlassen der BEB Havel GS	LSgH 09.04.2025	15.04.2025	Seite 1 von 1