

## Dörfergemeinschaftsschule am Struckteich in Zarpn

Die Dörfergemeinschaftsschule und das Amt Nordstormarn bieten in enger Zusammenarbeit jeweils von 7.50 – 15.15 Uhr eine Notbetreuung bei uns in der Schule an.

### Antrag auf Notbetreuung

Bitte ankreuzen:

Notfallbetreuung erforderlich

Für das Kind ..... Klasse: .....  
Vor- und Zuname

	Erziehungsberechtigte/r 1	Erziehungsberechtigte/r 2
Vorname:		
Nachname:		
Telefon:		
E-Mail:		

Die Landesregierung hat entschieden, dass u.a. Schulkinder zunächst bis zum 31.1.2021 zu Hause bleiben sollen.

Hiermit beantragen wir/ beantrage ich eine Notbetreuung.

- Unser/Mein Kind besucht die Klassen 1 bis 4 und soll von ..... bis ..... in einem schulischen Betreuungsangebot betreut werden
- Unser/Mein Kind besucht die Klassen 1 bis 4 und soll von ..... bis ..... in einem nachschulischen Ganztagsangebot betreut werden

**Begründung:** Hiermit versichern wir/ versichere ich an Eides statt:

Wir können/ Ich kann keine Alternativ-Betreuung meines Kindes organisieren.

#### **UND**

- Ich bin alleinerziehend und berufstätig
- Wir sind berufstätig und im Bereich der kritischen Infrastruktur tätig (diese Verordnung finden Sie unter dem folgenden Link [https://www.schleswig-holstein.de/DE/Schwerpunkte/Coronavirus/Erlasse/201216\\_Landesverordnung\\_Corona.html#doc8be16521-10e6-4ab3-8ebd-8da2c31a6a90bodyText24](https://www.schleswig-holstein.de/DE/Schwerpunkte/Coronavirus/Erlasse/201216_Landesverordnung_Corona.html#doc8be16521-10e6-4ab3-8ebd-8da2c31a6a90bodyText24))

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

	Erziehungsberechtigte/r 1	Erziehungsberechtigte/r 2
Unterschrift		

## Dörfergemeinschaftsschule am Struckteich in Zarpfen

Vor- und Zuname des Kindes: .....

Bei meiner/ unserer Arbeit in einem Bereich, der für die Aufrechterhaltung der wichtigen Infrastrukturen notwendig ist, handelt es sich um

Arbeitgeber	Erziehungsberechtigte/r 1	Erziehungsberechtigte/r 2
Name:		
Ansprechpartner:		
Telefon:		
E-Mail:		
Arbeitsbereich: <b>(bitte ankreuzen)</b>	Gesundheitsbereich: <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Medizinprodukte	Gesundheitsbereich: <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Medizinprodukte
	Versorgung <input type="checkbox"/> Energie <input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> Lebensmittel <input type="checkbox"/> Arznei	Versorgung <input type="checkbox"/> Energie <input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> Lebensmittel <input type="checkbox"/> Arznei
	<input type="checkbox"/> Justiz <input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> Feuerwehr <input type="checkbox"/> Erzieherinnen/er <input type="checkbox"/> Lehrerinnen/er	<input type="checkbox"/> Justiz <input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> Feuerwehr <input type="checkbox"/> Erzieherinnen/er <input type="checkbox"/> Lehrerinnen/er

Hiermit erteile ich der Verwaltung der Dörfergemeinschaftsschule sowie dem Schulträger (Amt Nordstормarn) mein Einverständnis, die vorstehenden Angaben zum Zweck meines Antrages zu erheben, zu speichern und zu verarbeiten. Darüber hinaus stimme ich der Weitergabe meiner o.g. Daten an Behörden für Jugend, Bildung, Gesundheit sowie an die Gebietskörperschaften, in denen sich mein Wohnort befindet, zu. Darüber hinaus ermächtige ich meinen Arbeitgeber, die o.g. Angaben gegenüber der Verwaltung der Dörfergemeinschaftsschule sowie dem Schulträger und gegenüber den Behörden für Jugend, Bildung und Gesundheit zu bestätigen. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

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

	Erziehungsberechtigte/r 1	Erziehungsberechtigte/r 2
Unterschrift		