



Arbeiterwohlfahrt
Region Hannover e.V.



IGS Süd Langenhagen

Grundschule

Anmeldung zum Ganzttag (kostenfrei) im 2. Schulhalbjahr 2025/26

Bitte bis zum 10.12.2025 bei den Klassenlehrkräften abgeben!

Angaben zu Ihrem Kind:

Vorname: _____ Nachname: _____

Klasse: _____

☐ **Wir benötigen keinen Platz im Ganzttag. Unser Kind geht nach dem Unterricht/ der Verlässlichkeit direkt nach Hause.**

oder

☐ **Wir benötigen an folgenden, unten angekreuzten Tagen und Zeiten eine Ganztagsbetreuung:**

Hiermit melden wir unser Kind **verbindlich** an folgenden Tagen und zu folgenden Zeiten zum Ganzttag an (bitte ankreuzen):

Sie haben die Möglichkeit, entweder nur **Block A** oder **Block A und B** anzukreuzen.

Zeitraumen	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Block A 12:45 – 14:15 Uhr Essen und Lernzeit					bis maximal 15:00 Uhr, kostenpflichtig - siehe extra Formular
Block B 14:15 – 15:45 Uhr Freizeitpäd. Angebote /AG Angebot 3.+ 4.Jhg					
15:45 – 17:00 Uhr Spätbetreuung	kostenpflichtig – siehe extra Formular				

Namen der Erziehungsberechtigten:

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Datum und Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Im Falle einer Anmeldung zum Ganztagsangebot benötigen wir weitere Informationen zu Ihrem Kind. Bitte füllen Sie dazu die Rückseite der vorliegenden Anmeldung aus.





Für die Ferienangebote möchten wir nachfolgend eine ergänzende Bedarfsabfrage durchführen. Dies ist noch keine verbindliche Anmeldung für die Ferienwochen. Die Abfrage dient uns als Planungsgrundlage und die Ferienanmeldung erfolgt zu Beginn des Schuljahres. Bitte geben Sie den Bedarf an Ferienbetreuungswochen **im Schuljahr 2026/27** so realistisch wie möglich an.

Ferien	Zeitraum	Bedarf an Ferienbetreuung besteht wahrscheinlich
Herbstferien 2026	12.10. -16.10.2026	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	19.10. -23.10.2026	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wichtige Angaben zu Ihrem Kind:

Vorname: _____ Nachname: _____

Klasse: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Chronische Krankheiten/Allergien: _____

Medikamente: _____

Diese Angaben benötigen wir lediglich im Falle eines Notfalles. Es erfolgt keine Medikamentengabe durch das Betreuungspersonal vor Ort.

Erreichbarkeit der Erziehungsberechtigten während der Betreuungszeit:

Name der/des 1. Erziehungsberechtigten: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

Name der/des 2. Erziehungsberechtigten: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

Weitere Notfallkontakte (falls Sie nicht erreichbar sind):

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____