

Checkliste Betreuungsnotwendigkeit

Name des Kindes _____

alleinerziehend ja nein (nicht zutreffendes streichen)

Erziehungsberechtigte

1. 2.

Gesundheitsbereich

Kliniken
Pflege
Pharmaproduktion

Versorgung

Energie
Wasser
Lebensmittel
Arznei
ÖPNV

Öffentliche Ordnung

Justiz
Polizei
Feuerwehr
Ordnungsamt
Erzieher
Lehrer

Betreuungsbedarf

von (Uhrzeit) bis (Uhrzeit)

Mittagessen

ja nein

Montag
Dienstag
Mittwoch
Donnerstag
Freitag

Kontaktdaten (aktuelle Rufnummer/Mobilnummer)
