



Grundschule Oberscheckenbach

Oberscheckenbach 35

91620 Ohrenbach

Bestätigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Hiermit wird bestätigt, dass der Schüler/die Schülerin:

Vorname und Nachname des Kindes

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Schule

Klasse

an folgenden Tagen nicht an der von der Schule angebotenen Notbetreuung teilnimmt bzw. teilgenommen hat:

- Montag, 08.03.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Dienstag, 09.03.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Mittwoch, 10.03.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Donnerstag, 11.03.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Freitag, 12.03.2021
von _____ bis _____ Uhr

- Montag, 15.03.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Dienstag, 16.03.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Mittwoch, 17.03.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Donnerstag, 18.03.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Freitag, 19.03.2021
von _____ bis _____ Uhr

- Montag, 22.03.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Dienstag, 23.03.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Mittwoch, 24.03.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Donnerstag, 25.03.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Freitag, 26.03.2021
von _____ bis _____ Uhr

Die Tage, an denen das Betreuungsangebot wahrgenommen wird/ wurde, sind **durchgestrichen.**

_____ (Ort), den _____ (Datum)

Stempel der Schule und Unterschrift der Schulleitung