



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, 12.04.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Dienstag, 13.04.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Mittwoch, 14.04.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Donnerstag, 15.04.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Freitag, 16.04.2021
von _____ bis _____ Uhr

- Montag, 19.04.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Dienstag, 20.04.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Mittwoch, 21.04.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Donnerstag, 22.04.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Freitag, 23.04.2021
von _____ bis _____ Uhr

- Montag, 26.04.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Dienstag, 27.04.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Mittwoch, 28.04.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Donnerstag, 29.04.2021
von _____ bis _____ Uhr
- Freitag, 30.04.2021
von _____ bis _____ Uhr

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

_____ (Ort), den _____ (Datum)

Stempel der Schule und Unterschrift der Schulleitung