

POSTANSCHRIFT
Emminger Str. 27
78576 Emmingen-
Liptingen

Grundschule

Telefon: 07465/91180
Fax: 07465/91181
E-Mail: info@gs-el.de

Internet: <http://www.grundschule-emmingen-liptingen.de>



Emmingen-Liptingen



Grundschule · 78576 Emmingen-Liptingen

An alle Eltern

der Grundschule Emmingen-Liptingen

Information Notfallbetreuung

Liebe Eltern,

das Kultusministerium hat die Schließung der Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen verfügt.

Um zu gewährleisten, dass die Infrastruktur in sogenannten systemrelevanten Berufsfeldern, im Gesundheits- und Pflegebereich sowie Apotheken, in den Blaulichtorganisationen, in der Lebensmittel- und Energieversorgung sichergestellt ist, werden wir denjenigen von Ihnen, bei denen **beide Elternteile** in diesen Institutionen arbeiten, eine Notbetreuung für Kinder bis einschließlich der 6. Klasse anbieten.

Wir müssen diese Notbetreuung so eng fassen, da die angeordnete Schließung der Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen sonst keinen Sinn machen würde, wenn zu viele Kinder in der Notbetreuung sind.

Um diese Notbetreuung schnellstmöglich anbieten zu können, möchten wir Sie bitten, den beigefügten Bogen spätestens am Dienstag wieder im Schulsekretariat/per Mail (schulleitung@gs-el.de) zurück zu geben, damit wir die Notgruppen schnellstmöglich planen und starten können.

Bitte beachten Sie, dass wir **von beiden Elternteilen** eine Bestätigung des Arbeitgebers benötigen, wenn Ihre Kinder in den Notgruppen aufgenommen werden sollten.

Alle anderen Eltern muss ich bitten, privat eine Betreuung zu organisieren.

Ich danke Ihnen für Ihr Verständnis und wünsche Ihnen und Ihren Familien, dass Sie gesund bleiben.

Mit freundlichen Grüßen

Malte Endres, Rektor

Anlage für Arbeitgeber

Sehr geehrte Arbeitgeber,

für die Planung und Einrichtung von Kita-Notgruppen benötigen wir Angaben von Ihnen in Bezug auf die Art und den Umfang des Arbeitsverhältnisses. Bitte beachten Sie, dass wir nur Kita-Notgruppen planen und organisieren, für Mitarbeiter, die in einem der aufgeführten Bereiche tätig sind.

Wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen entsprechend zu beantworten und auszufüllen.

| Vom Arbeitnehmer auszufüllen | |
|--|--|
| Arbeitsbereich | Zutreffendes bitte ankreuzen: <input type="radio"/> Klinik <input type="radio"/> Arztpraxis <input type="radio"/> Apotheken <input type="radio"/> ambulanter Pflegedienst <input type="radio"/> stationäre Pflegeeinrichtungen <input type="radio"/> stationäre Behindertenhilfe <input type="radio"/> Blaulichtorganisation <input type="radio"/> Lebensmittelversorgung <input type="radio"/> Energieversorgung |
| Name, Vorname des betreffenden Mitarbeiters | |
| Name, Vorname des Kindes | |
| Aktuelle Arbeitszeiten des Mitarbeiters | Montag: Dienstag: Mittwoch: Donnerstag: Freitag: |
| Andere Betreuungsmöglichkeit | Ich versichere, dass ich keine andere Betreuungsmöglichkeit (Ehe- oder Lebenspartner, Freunde etc.) habe. |
| Unterschrift Arbeitnehmer | |
| Vom Arbeitgeber auszufüllen | |
| Name und Anschrift Arbeitgeber Stempel | |
| Datum | |
| Unterschrift Arbeitgeber | |