

Informationsbogen 2025 / 2026 GTS Dörpsweg

Dieser Informationsbogen ist von **allen Ganztags- und Kursteilnehmer/-innen** auszufüllen. Er dient zur Organisation des Ganztags und für die verbesserte Zusammenarbeit von Erzieher/-innen und Eltern. Füllen Sie ihn bitte sorgfältig und gut lesbar aus. Mit ihrer Unterschrift stimmen Sie der Speicherung und Nutzung der Daten ausschließlich zu Zwecken im Rahmen der Betreuung am Gymnasium Dörpsweg durch die SVE Hamburg Bildungspartner gGmbH gemäß Artikel 6, Abs. 1 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zu. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an: ganztag.doerpsweg@sve-bildungspartner.de Vielen Dank!

1. Stammdaten

VORNAME		Klasse:	
NACHNAME		Geburtsdatum:	
<input type="radio"/> Männlich <input type="radio"/> Weiblich <input type="radio"/> Divers	Straße, Hausnummer: PLZ, Ort:		
Muttersprache:		Staatsangehörigkeit:	
Name der/ des Sorgeberechtigten 1:	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d	Name der/ des Sorgeberechtigten 2:	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d
Telefon privat:		Telefon privat:	
Telefon Notfall:		Telefon Notfall:	
E-Mail:		E-Mail:	

2. Betreuungszeiten und Kurse

Bitte geben Sie an wann Ihr Kind nach Hause gehen darf (z.B. 15 Uhr) und ob Ihr Kind einen Kurs besucht:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Betreuung bis (Uhrzeit):					
Besucht den Kurs / AG:					
Bitte ankreuzen:	ODER <input type="radio"/> Mein Kind darf bei Ausfall eines Kurses nach Hause gehen. <input type="radio"/> Mein Kind geht bei Ausfall eines Kurses in die Ganztagsbetreuung.				

3. Medizinische Hinweise

Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen, Allergien/ Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder krankheitsbedingte Einschränkungen?

Krankenkasse:	Versicherungsnehmer:
Erkrankungen/ Allergien u.ä.:	

4. Mit der Veröffentlichung von Fotos meines Kindes aus dem Ganztag

in den Print- u. digitalen Medien der SVE Bildungspartner (Webseite u. Social Media)	
<input type="radio"/> bin ich einverstanden	<input type="radio"/> bin ich nicht einverstanden

Datum _____

Unterschrift(en) des/ der Sorgeberechtigten _____