

Bitte unterschrieben zurück!



Hauptstraße 47  
49824 Laar  
Tel. 0 59 47/99 94 99  
E-Mail: info@kita-vechtespatzen.de  
Homepage: www.kita-vechtespatzen.de

## Betreuungsvertrag

Aufnahme ab \_\_\_\_\_

### Gewünschte Betreuungsform

- Regelgruppe  Krippengruppe
1. Zeitschiene von 07.30 – 12.30 Uhr  
 2. Zeitschiene von 07.00 – 12.30 Uhr  
 3. Zeitschiene von 07.30 – 13.30 Uhr  
 4. Zeitschiene von 07.00 – 13.30 Uhr  
 5. Zeitschiene von 07.30 – 14.30 Uhr  
 6. Zeitschiene von 07.00 – 14.30 Uhr

Die Anmeldung für die Zeitschiene hat verbindlich für ein halbes Jahr zu erfolgen.

### Teilnahme am Mittagessen

Montag	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Dienstag	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mittwoch	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Donnerstag	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Freitag	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### Angaben zum Kind

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort\* \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Nationalität\* \_\_\_\_\_ Konfession\* \_\_\_\_\_  
Hausarzt\* \_\_\_\_\_ Krankenkasse\* \_\_\_\_\_  
Allergien/Lebensmittelunverträglichkeiten \_\_\_\_\_  
Dauermedikation \_\_\_\_\_  
Etwaige Therapien oder Förderungen \_\_\_\_\_  
Besonderheiten in der Entwicklung \_\_\_\_\_

**Bitte unterschrieben zurück!**

### Elternteil 1

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_  
Geburtsname\* \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_ Nationalität\* \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Konfession\* \_\_\_\_\_  
Telefonnummer (privat) \_\_\_\_\_  
(dienstlich) \_\_\_\_\_  
(Handy) \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
Beruf\* \_\_\_\_\_ zur Zeit berufstätig  Ja  Nein  
 Vollzeit  Teilzeit  
 Vormittags  Nachmittags  
Erziehungsberechtigt  
 Ja  Nein

### Elternteil 2

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_  
Geburtsname\* \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_ Nationalität\* \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Konfession\* \_\_\_\_\_  
Telefonnummer (privat) \_\_\_\_\_  
(dienstlich) \_\_\_\_\_  
(Handy) \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
Beruf\* \_\_\_\_\_ zur Zeit berufstätig  Ja  Nein  
 Vollzeit  Teilzeit  
 Vormittags  Nachmittags  
Erziehungsberechtigt  
 Ja  Nein

**Bitte unterschrieben zurück!**

**Name der Geschwister\***

---

---

Sollte Ihr Kind von jemand anderem abgeholt werden als die Sorgeberechtigten, beachten Sie bitte, dass die Personen in der Lage sein müssen, das Wegerisiko zu tragen und ein Mindestalter von 15 Jahren haben sollten. Mein/Unser Kind darf von folgenden Personen abgeholt werden:

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Telefonnummer Abholer \_\_\_\_\_

oder von \_\_\_\_\_

Telefonnummer Abholer \_\_\_\_\_

oder von \_\_\_\_\_

Telefonnummer Abholer \_\_\_\_\_

oder von \_\_\_\_\_

Telefonnummer Abholer \_\_\_\_\_

oder von \_\_\_\_\_

Telefonnummer Abholer \_\_\_\_\_

\*Angabe ist freiwillig

**Bitte unterschrieben zurück!**

## **Ärztliche Bescheinigung**

**Nachweis gemäß § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:	

**Für die o. g. Person wird bescheinigt, dass folgender altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG genügender Masernschutz vorliegt:**

- 2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach vollendetem 2. Lebensjahr)
- 1 Masernschutzimpfung (ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr)
- Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) liegt vor.

### **Befreiung von einer Masern-Impfung:**

- Es liegt eine dauerhafte, medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel der Arztpraxis

**Bitte unterschrieben zurück!**



Hauptstraße 47  
49824 Laar  
Tel. 0 59 47/99 94 99  
E-Mail: info@kita-vechtespatzen.de  
Homepage: www.kita-vechtespatzen.de

## Einwilligungserklärung

Die Einwilligung ist freiwillig. Sie kann ohne Angaben von Gründen verweigert und für die Zukunft ebenfalls ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Name/Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name/Vorname des/der Sorgeberechtigten \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich/Wir erklären uns damit einverstanden, dass für mein/unser Kind im Rahmen der nachfolgend aufgeführten Punkte Fotos gemacht und verarbeitet werden dürfen.

Um mir/uns und anderen Eltern/Sorgeberechtigten Einblick in das Alltagsleben und in die Aktivitäten der Kindertageseinrichtung zu geben, willige ich/willigen wir ein, dass zu diesem Zwecke angefertigte Fotos in Form von

- Collagen                       Chroniken                       (digitale) Bilderrahmen  
 Flyer                               Konzeption

in der Einrichtung ausgelegt bzw. aufgehängt werden dürfen.

Ich willige/Wir willigen ein, dass Fotos von meinem/unserem Kind anderen Eltern/Sorgeberechtigten in Form von

- Collagen                       Fotobüchern                       in Portfolios

ausgehändigt werden.

Ich willige/Wir willigen ein, dass im Zusammenhang mit Veranstaltungen der Kindertageseinrichtung (Feste, Aktionen, Projekte) Fotos in folgenden Druckmedien veröffentlicht werden.

- Orts- und Regionalteil der Tageszeitung  
 Homepage der Einrichtung

Grundsätzlich erfolgt hier eine Veröffentlichung ohne Namensnennung.

*Ich bin/Wir sind darüber informiert worden, dass die Veröffentlichung von Bildern anderer Personen ohne deren Zustimmung Schadensersatzansprüche auslösen kann. Insbesondere die Veröffentlichung im Internet ist unzulässig. Jeder Bürger ist zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Fotos Dritter im Sinne des Datenschutzrechtes verpflichtet.*

Des Weiteren erkläre ich mich/erklären wir uns damit einverstanden, dass

- mein/unser Kind an sämtlichen Veranstaltungen der KiTa wie z. B. Spaziergängen, Ausflügen, Laternenumzug oder Übernachtung im Rahmen des Abschiedsfestes teilnimmt.

**Bitte unterschrieben zurück!**

- der Name meines/unseres Kindes mit Geburtsdatum, Anschrift und Telefonnummer in die Gruppenadressenliste der Kinder aufgenommen und an die Eltern der Kinder der Gruppe weitergegeben wird.
- mein/unser Kind im Rahmen der Jugendzahnpflege des Gesundheitsamtes des Landkreises Graftschaft Bentheim teilnimmt. Dies sind im Einzelnen Hinweise zur gesunden Ernährung, Aufklärung über richtige Mundhygiene mit Putzübungen und zahnärztliche Untersuchungen.
- mein/unser Kind im Rahmen des Frühförderangebots als Spielpartner mitspielen darf.

Im Laufe des KiTa-Jahres kann es zur Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen und Therapeuten und der Grundschule kommen. Ich erkläre mich/Wir erklären uns mit der Zusammenarbeit nachfolgender Institutionen einverstanden und entbinden die KiTa von der Schweigepflicht.

- |                                          |                                           |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Logopädie       | <input type="checkbox"/> Ergotherapie     |
| <input type="checkbox"/> Sprachförderung | <input type="checkbox"/> Frühförderung    |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt  | <input type="checkbox"/> Beratungsstellen |
| <input type="checkbox"/> Fachärzte       | <input type="checkbox"/> Grundschule Laar |

**Wichtige Änderungen zu den vorgenannten Punkten werden der Einrichtung umgehend mitgeteilt!**

Die Merkblätter „Aufnahmekriterien“ und „Infektionsschutz“ wurden von mir/uns gelesen. Ich erkläre mich/Wir erklären uns damit einverstanden.

Das Merkblatt „Datenschutzhinweise“ wurde von mir/uns gelesen. Hiermit erkläre ich/erklären wir die Einwilligung, dass die KiTa Vechtespatzen die Daten erheben, verarbeiten und verwenden darf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Eine unterschriebene Ausfertigung des Betreuungsvertrages ist vor Beginn des KiTa-Besuches in der KiTa abzugeben.

- Anlage 1 - Aufnahmekriterien
- Anlage 2 - Merkblatt zum Infektionsschutz
- Anlage 3 - Datenschutzhinweise