



## Wichtige Informationen für die Einrichtung

Bitte legen Sie dem Betreuungsteam dieses Blatt spätestens am ersten Betreuungstag Ihres Kindes vor. Es verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an Dritte weitergegeben.

### **Wichtig:**

Wir benötigen stets Ihre aktuellen Daten, um insbesondere in Notfällen richtig handeln und Sie erreichen zu können. Bitte geben Sie Änderungen immer sofort an uns weiter. Vielen Dank!

### 1. Angaben über das Kind

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_ Geb. in: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

### 2. Angaben über die Erziehungsberechtigten

Erziehungsberechtigt  beide  Mutter  Vater  Vormund

#### **Vater**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Weitere Telefonnummern für den Notfall (mit Information über Erreichbarkeit z.B. im Dienst):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **Mutter**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Weitere Telefonnummern für den Notfall (mit Information über Erreichbarkeit z.B. im Dienst):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. Sonstige Angaben

Mein Kind darf nach Betreuungsende alleine nach Hause gehen  ja  nein

Mein Kind darf schwimmen gehen  ja  nein

Mein Kind ist allergisch gegen:

---

---

Mein Kind hat folgende Krankheiten (z.B. Diabetes, Krampfleiden o.Ä.):

---

---

Medikamenteneinnahme erforderlich  ja  nein

(falls ja, bitte Medikamentenverabreichungsbogen ausfüllen)

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass meinem Kind ggf. von einer/m Mitarbeiter/in ohne Rücksprache mit den Erziehungsberechtigten:

Pflaster aufgeklebt werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Brandsalbe aufgetragen wird	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Insektenstichsalbe aufgetragen wird	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zecken entfernt werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Splitter/ Spreisel entfernt werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

, ohne dass für den/die Mitarbeiter/in oder den Träger der Einrichtung eine Haftung begründet werden soll.

Sonstiges (z.B. ADHS, Legasthenie, Dyskalkulie...):

---

---

#### 4. Wichtige Anschriften

Kinderarzt: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Folgende Personen sind außer den sorgeberechtigten Eltern berechtigt, das Kind abzuholen:

Namen (mit Telefonnummer):

---



---



---



---

#### 5. Datenschutz

Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass das Betreuungspersonal die Belange zum Wohle meines / unseres Kindes gegenüber der Schule vertreten können, wenn Bedarf besteht.

ja  nein

Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass meine/ unsere Telefonnummer und oder E-Mail-Adresse auf einer Liste den anderen Eltern zugänglich gemacht wird.

ja  nein

ggf. Telefonnummer: \_\_\_\_\_ ggf. E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass mein Kind während der Betreuungszeit fotografiert bzw. gefilmt werden darf.

ja  nein

Die entstandenen Aufnahmen dürfen...

In der Einrichtung und an Einrichtungsveranstaltungen  
(z.B. Feste, Elternabend...) ausgehängt oder gezeigt werden

ja  nein

Die entstandenen Aufnahmen dürfen vervielfältigt und an  
Dritte (z.B. Presse), jedoch nicht zu kommerziellen Zwecken,  
weitergegeben werden.

ja  nein

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten