

Name des Kindes

Geburtsdatum des Kindes:

Platz für Notizen der Kinderbetreuungseinrichtung:

Wichtige Telefonnummern: (Wird von der Kinderbetreuungseinrichtung ausgefüllt!)

Name (Verhältnis zum Kind):

Telefonnummer:

--	--

Kinderbetreuungseinrichtung: _____

Daten zum Kind:

Zuname:	Geburtsdatum:
Vorname:	Geburtsort:
Hauptwohnsitz:	Nebenwohnsitz:

Staatsangehörigkeit:	Erstsprache: (Muttersprache)	Religionsbekenntnis:
----------------------	------------------------------	----------------------

Sozialversicherungsnummer:	Blutgruppe:
----------------------------	-------------

Chronische Erkrankungen: (z.B.: Asthma, Epilepsie, usw.) <input type="radio"/> Ja Art der Erkrankung: <input type="radio"/> Nein	Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten: (z.B.: Nahrungsmittel, Hausstaub, Bienen, usw.)
---	---

Befindet/Befand sich das Kind in therapeutischer Behandlung? (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie-, Logopädie,) <input type="radio"/> Ja Art der Behandlung mit Datum: <input type="radio"/> Nein
--

Dürfen dem Kind bei Atomunfällen Kaliumjodidtabletten verabreicht werden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Eintritt (Kinderbetreuungseinrichtung)	Austritt (Kinderbetreuungseinrichtung)
Darf mein Kind selbständig zur Betreuungseinrichtung gehen: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Anmerkungen:	Darf mein Kind alleine nach Hause gehen: (Das Kind wird zur angegebenen Uhrzeit durch die Betreuungsperson entlassen.) <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Anmerkungen: Montag: _____ Uhr Dienstag: _____ Uhr Mittwoch: _____ Uhr Donnerstag: _____ Uhr Freitag: _____ Uhr

Wurde das Kind bereits außerfamiliär betreut? (z.B.: Tagesmutter, Kindergarten, usw.) <input type="radio"/> Ja Institut: <input type="radio"/> Nein

Geschwister:

Zuname:	Vorname:	Geburtsdatum:
---------	----------	---------------

Daten zu den Eltern und sonstigen Erziehungsberechtigten:

Verhältnis zum Kind: (Mutter, Vater,...)	
Zuname:	Geburtsdatum:
Vorname	Familienstand:
Hauptwohnsitz:	Nebenwohnsitz:
Tel.1	Tel.2
E-Mail-Adresse:	

Staatsangehörigkeit:	Erstsprache (Muttersprache)	Religionsbekenntnis
Beruf und Arbeitgeber: <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> erziehungsberechtigt <input type="radio"/> nicht erziehungsberechtigt		

Verhältnis zum Kind: (Mutter, Vater,...)	
Zuname:	Geburtsdatum:
Vorname	Familienstand:
Hauptwohnsitz:	Nebenwohnsitz:
Tel.1	Tel.2
E-Mail-Adresse:	

Staatsangehörigkeit:	Erstsprache (Muttersprache)	Religionsbekenntnis
Beruf und Arbeitgeber: <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> erziehungsberechtigt <input type="radio"/> nicht erziehungsberechtigt		

Verhältnis zum Kind: (Mutter, Vater,...)	
Zuname:	Geburtsdatum:
Vorname:	Familienstand:
Hauptwohnsitz:	Nebenwohnsitz:
Tel.1	Tel.2
E-Mail-Adresse:	

Staatsangehörigkeit:	Erstsprache (Muttersprache)	Religionsbekenntnis
Beruf und Arbeitgeber: <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> erziehungsberechtigt <input type="radio"/> nicht erziehungsberechtigt		

Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____

**Folgende Personen sind berechtigt das Kind abzuholen
bzw. im Notfall in folgender Reihenfolge zu informieren:
(bei Nicht-Erreichen der Erziehungsberechtigten)**

Die Aufsichtspflicht des Einrichtungspersonals beginnt mit der persönlichen Übernahme des Kindes in der Einrichtung. Sie endet mit der Übergabe des Kindes an die Erziehungsberechtigten oder an eine andere Person, die von den Erziehungsberechtigten zur Übernahme des Kindes bevollmächtigt wurde.

Zuname	Verhältnis zum Kind: (Oma, Tante,...)	Tel.
Vorname		

Zuname	Verhältnis zum Kind: (Oma, Tante,...)	Tel.
Vorname		

Zuname	Verhältnis zum Kind: (Oma, Tante,...)	Tel.
Vorname		

Zuname	Verhältnis zum Kind: (Oma, Tante,...)	Tel.
Vorname		

Zuname	Verhältnis zum Kind: (Oma, Tante,...)	Tel.
Vorname		

Zuname	Verhältnis zum Kind: (Oma, Tante,...)	Tel.
Vorname		

Anmerkungen:

Transferierungsbericht (z.B. für Rettung, Krankenhaus, Arzt, ...)

Kinderbetreuungseinrichtung:	Telefonnummer
------------------------------	---------------

Adresse:	Gemeinde:
----------	-----------

Name des Kindes:	Geburtsdatum:
------------------	---------------

Adresse:	Erziehungsberechtigte/r: (Name und Tel.):
----------	---

Erstsprache (Muttersprache):	Sozialversicherungsnummer:
------------------------------	----------------------------

Wichtige Informationen für den Arzt (z.B.: Epilepsie, einzunehmende Medikamente, usw.):

--

Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Wird im Falle eines Unfalls von der Kinderbetreuungseinrichtung ausgefüllt:

Anwesende Betreuungsperson:	Datum:	Uhrzeit:
-----------------------------	--------	----------

Beschreibung des Ereignisses (Unfall, Krampfanfall, etc):

--

Datum, Unterschrift der Betreuungsperson

Alleingeher für Schulkinder

Name des Kindes: _____
(Vor- & Nachname)

Mein Kind darf an folgenden Tagen die schulische Nachmittagsbetreuung verlassen und ALLEINE, ohne Begleitung eines Erwachsenen den Weg nach Hause gehen. Zutreffendes bitte ankreuzen und die Uhrzeit händisch eintragen:

Wochentage:	Uhrzeit:
<input type="radio"/> Montag	
<input type="radio"/> Dienstag	
<input type="radio"/> Mittwoch	
<input type="radio"/> Donnerstag	
<input type="radio"/> Freitag	

Ich übernehme die volle, alleinige Verantwortung für mein Kind, sobald es von der zuständigen Betreuungsperson zur ausgemachten Zeit entlassen wird.

Diese Vereinbarung gilt für das Schuljahr 20__ / 20__ und kann nur schriftlich widerrufen werden.

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Ort, Datum