



<b>Nachname Kind:</b>		<b>Vorname Kind:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>	
Geschlecht: m / w		Nationalität:		Sprache:	
<b>Anschrift:</b> _____ _____			<b>aufnehmende Einrichtung:</b> Krippe/KIGA: _____ Hort: _____		<b>Betreuungszeiten:</b> Krippe/KIGA: _____ Std./Tag Hort: _____ Std./Tag
Flüchtling: ja / nein		Asylsuchend: ja / nein		<b>Tag der Aufnahme:</b>	
Bestand bis jetzt eine Betreuung in einer Kita / und zum Stichtag 01.04. des Vorjahres ?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Wenn ja, bei welcher: _____ ab wann: _____ Wenn ja, bei welcher: _____ ab wann: _____	
<b>Name, Vorname</b> <u>1. Personensorgeberechtigte/r</u>			<b>Name, Vorname</b> <u>2. Personensorgeberechtigte/r</u>		
Anschrift:		Telefon/Handy:		Anschrift:	
Arbeitsstelle:		Telefon:		Telefon/Handy:	
Arbeitsstelle:		Telefon:		Telefon:	
<b>1. Geschwisterkind:</b>		Geb.-Datum:		<b>2. Geschwisterkind:</b>	
Einrichtung:		Betreuungsende:		Geb.-Datum:	
Einrichtung:		Betreuungsende:		Einrichtung:	
<b>3. Geschwisterkind:</b>		Geb.-Datum:		Anmerkungen:	
Einrichtung:		Betreuungsende:		Anmerkungen:	
<b>Kinderarzt (Name/Telefon):</b>			<b>Familienverhältnisse:</b>		
<b>Krankenkasse:</b>			Alleinerziehend: <input type="checkbox"/>		
<b>Hauptversicherer Haftpflicht:</b>			vollständige Familie: <input type="checkbox"/>		
<b>Antrag auf Kostenübernahme:</b>			für * Elternbeitrag / Mittagessen(Teilhabegesetz) / Integrativkinder wurde gestellt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
* Nichtzutreffendes bitte durchstreichen!					
<b>Essen:</b>		normal <input type="checkbox"/>		muslimisch <input type="checkbox"/>	
		vegetarisch <input type="checkbox"/>		Sonstiges <input type="checkbox"/>	

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschriften:

\_\_\_\_\_  
1. Personensorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
2. Personensorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
LeiterIn der Einrichtung  
(Stempel)

**Jährliche Aktualisierung der Erlaubnis bzw. Veränderung dieser für (bitte mit Datum und Kürzel/Unterschrift bestätigen):**

Datum:																						
Erlaubnis für:	J	N	Unter.	J	N	Unter.	J	N	Unter.	J	N	Unter.	J	N	Unter.	J	N	Unter.	J	N	Unter.	
Baden/Duschen																						
Auftragen v. Hautschutz																						
Wanderung/Ausflüge/ öff. Verkehrsm.																						
Foto- und Videoaufnahmen/ Presseveröffentl./ Ausstell. von Kind.-arbeiten																						
Internetveröffentl.																						
Zahnärztl. Untersuchungen																						
Arztbesuch im Notfall																						
alleiniger Nachhauseweg																						
Allergien/Unverträglichk.																						
Dauermedikamente																						
Therapie																						

**Bei Veränderungen bezüglich Alleinerziehend/vollst. Familie sowie Geschwisterkinder ist das Formular Veränderungsmeldung umgehend in der Verwaltung abzugeben!**

**Anlagen:**

Anlagenart:	Abgabe/Unterschrift
Allergien	
Medikamente	
Therapien	
Kopie-Impfausweis(freiw.)	
Anlagenart:	Kenntnis/Unterschrift
Merkblatt	
Infektionsschutzgesetz	
Ärztl. Bescheinigung zur Aufnahme in die Einricht.	

**Vollmachten für abholberechtigte Personen:**

Name	Anschrift	Telefon	Verwandtschaftsverhältnis