



<b>Nachname Kind:</b>		<b>Vorname Kind:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>	
Geschlecht: m / w		Nationalität:		Geburtsort:	
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>	
<b>Gruppe:</b>		<b>Klasse:</b>			
Bestand bis jetzt eine Betreuung in einer Kita / und zum Stichtag 01.04. des Vorjahres ?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, bei welcher: ab wann:
			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, bei welcher: ab wann:
<b>Name, Vorname</b>			<b>Name, Vorname</b>		
<b>1. Personensorgeberechtigte/r</b>			<b>2. Personensorgeberechtigte/r</b>		
E-Mail:			E-Mail:		
Anschrift:		Telefon/Handy:		Telefon/Handy:	
<b>Arbeitsstelle:</b>		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>Facharzt/Therapeut (Name/Telefon):</b>			Alleinerziehend: <input type="checkbox"/>		
<b>Krankenkasse:</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.
Betreuungsordnung																					
Einrichtungskonzeption und jeweilige Hausordnung																					
Wanderung/Ausflüge/ öff. Verkehrsmittel																					
Baden/Duschen/Badeerlaubnis																					
Auftragen v. Hautschutz																					
Zahnärztl. Untersuchungen																					
Arztbesuch im Notfall																					
alleiniger Nachhauseweg																					
Allergien/Unverträglichk.																					
Dauermedikamente																					
Therapie																					
Alleinerz./vollst. Familie (welche Veränderung)																					
Veränd. Geschw.-kinder (welche Veränderung)																					
<b>Bei Veränderungen in den Aufnahmedateien 1 und 2 ist die Einrichtungsleitung umgehend zu informieren (siehe Formblatt Veränderungsmitteilung) !</b>																					

**Anlagen:**

Anlagenart:	Abgabe/Unterschrift
Allergien	
Medikamente	
Therapien	
Nachweis Masernschutz	
Anlagenart:	Kenntnis/Unterschrift
Merkblatt	
Infektionsschutzgesetz	
Datenschutz	

**Vollmachten für abholberechtigte Personen:**

Name	Anschrift	Telefon	Verwandtschaftsverhältnis