

STAMMDATEN

Alle Angaben sind unbedingt in Druckbuchstaben erforderlich!

Sämtliche nachträgliche Änderungen sind schriftlich mitzuteilen und nur mit der Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten zulässig.

1) Angaben zur Schülerin/zum Schüler:	
Name:	Vorname:
Adresse:	
Geburtsdatum:	Krankenversicherung:
Familienversichert durch:	Klasse:
2) Angaben zum Mittagessen (Für das Mittagessen wird kein Schweinefleisch verwendet):	
☐ Vegetarisch	
3) Angaben zu den Eltern/Sorgeberechtigten: (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
☐ Kind lebt bei der Mutter	☐ Kind lebt bei dem Vater
☐ allein erziehend ☐ berufstätig	☐ allein erziehend ☐ berufstätig
Name der Mutter:	Name des Vaters:
Vorname:	Vorname:
Wohnort:	Wohnort:
Straße:	Straße
E-Mail:	E-Mail:
Tel.-Nr. Privat:	Tel.-Nr. Privat:
Tel.-Nr. Dienstl.:	Tel.-Nr. Dienstl.:

4) Erklärung für den Nachhauseweg und Abholberechtigung:		
Name des Kindes:		
4a) Außer den im Vertrag angegebenen Eltern/Sorgeberechtigten sind <u>ausschließlich</u> auch folgende Personen abholberechtigt: (Abholberechtigte Personen müssen sich im Zweifelsfalle gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der ZKJF MK gGmbH ausweisen können.)		
Name:	Vorname:	
Name:	Vorname:	
Name:	Vorname:	
Name:	Vorname:	
Name:	Vorname:	
4b) Mein Kind darf nach Ende der Betreuungszeit alleine nach Hause gehen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)	☐ ja	☐ nein
4c) Mein Kind fährt mit dem Bus nach Hause: (Zutreffendes bitte ankreuzen)	☐ ja	☐ nein
4d) Ggf. besondere Informationen/Absprachen bezüglich der Abholberechtigung:		
5) Einverständniserklärung zur Teilnahme an Aktivitäten: (Zutreffendes bitte ankreuzen):		
5a) Betreute Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel in Kleingruppen	☐ ja	☐ nein
5b) Betreute Ausflüge in Kleingruppen	☐ ja	☐ nein
6) Im Notfall sind außer den Eltern/Sorgeberechtigten telefonisch zu erreichen:		
Name:	Telefon:	
Name:	Telefon:	
Name:	Telefon:	
Sonstige Angaben:		
7) Kinder- oder Hausarzt:		
Name/Art des Arztes:	Telefon:	

8) Angaben zur Gesundheit / medizinische Hinweise

Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten (Attest nötig):

Masernschutzimpfung u. letzte Tetanusimpfung:

8a) Regelmäßig benötigte Medikamente

(Bitte nur Medikamente angeben, die während der Betreuungszeit erforderlich sind)

Name des Medikaments

Dosierung (Menge / Zeitpunkt)

Art der Anwendung (z. B. oral, Inhalation)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass das oben genannte Kind die aufgeführten Medikamente während der Betreuungszeit selbstständig einnimmt. Die Mitarbeitenden der Betreuung stellen dabei sicher, dass die Einnahme gemäß dem vorliegenden Medikamentenplan bzw. der ärztlichen Verordnung erfolgt.

☐ Weitere Angaben sind beigefügt (z. B. ärztliche Bescheinigung / Medikamentenplan)

Hinweis:

Änderungen zu gesundheitlichen Angaben oder zur Medikation sind der Betreuung unverzüglich und schriftlich mitzuteilen.

☐ Mein Kind benötigt während der Betreuungszeit keine regelmäßigen Medikamente

8b) Chronische Erkrankungen / relevante gesundheitliche Besonderheiten

(Bitte nur Angaben, die für die Betreuung im Alltag oder im Notfall wichtig sind)

☐ keine

☐ ja, und zwar: _____

(z. B. Asthma, Diabetes, Epilepsie – kurze, funktionale Beschreibung)

Besondere Hinweise zum Verhalten im Alltag oder im Notfall:

Ort, Datum Unterschrift/en der Eltern/Sorgeberechtigten