

Aufnahmebogen Betreuung (bei erstmaliger Aufnahme oder bei Änderungen)

1. Angaben zum Kind

Name _____ Vorname _____

geb. am _____ Klasse _____

Wohnort und Straße _____

Tel.: _____ E-Mail-Adresse: _____

2. Hausarzt des Kindes und Krankenkasse

Name _____

Anschrift _____

Tel.: _____ Krankenkasse _____

Name, unter dem das Kind mitversichert ist _____

3. Angaben über die Personensorgeberechtigten

Name der Mutter _____

Wohnort und Straße _____

Arbeitsstätte _____

Name des Vaters _____

Wohnort und Straße (Falls abweichend)* _____

Arbeitsstätte* _____

4. Bei Notfall zu benachrichtigen

Name _____ Telefon _____

Handynr.: _____

Sonstige Angaben _____

5. Krankheiten / Auffälligkeiten

Allergien _____

Bitte unbedingt angeben, falls vorhanden

Medikamentenliste siehe Extrablatt!

6. Fotos und Filme

- Ich bin damit einverstanden, dass Fotos und Filme, die in der
Ferienbetreuung von meinem Kind gemacht werden, sowohl intern als
auch extern genutzt werden. (Zeitung, „donnerstags“...)

Datum

Unterschrift

*Angaben dieser Daten erfolgen freiwillig

Einverständniserklärung

-Nachhauseweg-

Name, Vorname _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind _____

nach der vereinbarten Betreuungszeit um 13:30 Uhr von der/vom

Grundschule (Ostern/Pfingsten/3. Teil Sommer/Herbstferien)

Kindergarten Stetten (1. und 2. Teil Sommerferien)

alleine nach Hause gehen darf.

Ich hole mein Kind nach Ende der Betreuungszeit um 13:30 Uhr an der/am

Grundschule (Ostern/Pfingsten/3. Teil Sommer/Herbstferien)

Kindergarten Stetten (1. und 2. Teil Sommerferien)

ab.

bei Sondersituationen (Verhinderung, Verspätung etc.) trage ich Sorge, dass
mein Kind pünktlich am jeweiligen Ort (s. o.) abgeholt wird.

Datum, Ort

Unterschrift

Name des Kindes _____

Erste Hilfe
in der
Ferien- und Nachmittagsbetreuung

Wenn Kinder zusammen spielen bzw. sich im Freien aufhalten kann es immer mal zu kleineren Verletzungen kommen. Wir haben uns darauf eingestellt und führen bei unseren Betreuungsangeboten einen kleinen „Notfall-Koffer“ mit.

Um aber bei kleineren Verletzungen Ihrer Kinder gleich handeln zu können, benötigen wir Ihr Einverständnis, denn nur dann dürfen wir Medikamente, Salben und Heilmittel anwenden. Deshalb möchten wir Sie bitten in der linken Spalte anzukreuzen, welches Mittel wir bei Ihrem Kind anwenden dürfen.

	Medikament/Heilmittel	Gabe:	
	Arnika, Globuli D12 - homöopathisch	Innerlich	Verstauchungen, Prellungen, Zerrungen, Blutergüsse
	Fenistil Gel	Äußerlich	Mückenstiche, Brennnesseln
	Traumeel Gel - homöopathisch	Äußerlich	Schürfwunden, Verstauchungen, etc.
	Apis mellifica, Globuli D12 - homöopathisch	Innerlich	Bienenstiche
	Wunddesinfektion	Äußerlich	Schnitte, Schürfwunden, etc.

In schwerwiegenden Fällen bzw. bei uneindeutigen Symptomen werden wir Sie selbstverständlich umgehend informieren.

Zeckenbiss

Beim Vorfinden einer Zecke: (Entsprechendes bitte ankreuzen)

- Ich stimme zu, dass meinem Kind durch einen zuständigen Betreuer die Zecke entfernt werden darf.
- Ich möchte direkt informiert werden, um die Zecke durch einen Arzt oder Apotheker entfernen zu lassen.

Datum _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter _____

zurück an die
Stadtverwaltung Mühlheim
Hauptamt
Hauptstraße 16
78570 Mühlheim/Donau

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Stadt Mühlheim widerruflich, den Betrag zur Ferien- bzw. Nachmittagsbetreuung jeweils zum Monatsanfang von folgendem Konto im Lastschriftverfahren abzubuchen:

IBAN: _____ BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

Mühlheim, den _____

Unterschrift Kontoinhaber