

BETREUUNGSVERTRAG (RHEINLAND-PFALZ)

Zwischen

dem Träger der Kindertagesstätte:

.....
.....

und den Personensorgeberechtigten:

.....
Name, Vorname

.....
Name, Vorname

für das Kind:

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

in der Ev. Kindertagesstätte:

Name, Adresse und Kontaktdaten der Kindertagesstätte:

.....
.....

wird ab dem dieser Betreuungsvertrag geschlossen.

Der **Umfang der Betreuungszeiten umfasst** (je nach Angebot der Kita bitte ausfüllen):

Altersgruppe (u2, ü2, ü6):

Tägliche Betreuungszeit (z.B. 7 / 8 / 8,5 / 9 Stunden):

Verpflegungsart:

Einmalige bzw. **regelmäßige Kostenbeiträge** entnehmen Sie bitte der **aktuellen Kostenübersicht** in der Kita.

Der Vertrag endet regulär: im Jahr der Einschulung zum (Entlassungsdatum)



PERSÖNLICHE ANGABEN

1. Angaben über das Kind

Name:

Vorname:

Geschlecht: männlich weiblich divers

Staatsangehörigkeit: Religionszugehörigkeit:

In der Familie vorwiegend gesprochene Sprache:

Anschrift des Kindes:

.....

.....

2. Angaben über die Eltern / Personensorgeberechtigte

	1. Elternteil	2. Elternteil
Anrede		
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Ausländische Herkunft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Herkunftsland*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Herkunftsland*
Anschrift		
Telefonnummer 1		
Telefonnummer 2		
Personensorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Konfession*		
Beruf*		
E-Mail*		
Sonstige Angaben		

Änderungen der relevanten persönlichen Angaben bitte unverzüglich der Leitung / dem Träger der Kindertagesstätte mitteilen.

3. Angaben über Geschwister

Name, Vorname Geburtsdatum

Name, Vorname Geburtsdatum

Name, Vorname Geburtsdatum

4. Medizinische Angaben

Hausarzt / Hausärztin*:

Telefon der Praxis*:

Krankenkasse*:

Hauptversicherte Person*:

4.1 Chronische Krankheiten*

Asthma: ja Diabetes: ja
anerkannte Behinderung im Sinne des §2 Abs. 1 SGB IX: ja

andere Krankheiten:

4.2 Allergien und / oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten*

Wenn ja, welche:

Ein Attest liegt vor: ja nein

4.3 Weitere medizinische Angaben* (z.B. Seh-, Hör- oder Bewegungsbeeinträchtigungen)

.....
.....

***Grundsätzlich gilt:** Bei notwendiger Medikamentengabe in der Kita oder einer Notfallmedikation bitte entsprechende Formulare, die von der Einrichtung ausgehändigt werden, ausfüllen und in der Kindertagesstätte hinterlegen.

Weitere Hinweise: Für eine Zeckenentfernung nutzen Sie bitte auch die Informationen der Unfallkasse:
Zecken lauern nicht nur im Gras - Unfallkasse - Rheinlandpfalz – Ihre gesetzliche Unfallversicherung (bildung.ukrlp.de)

* freiwillige Angaben

Die Ordnung für Kindertagesstätten der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau (13. Auflage) wurde zur Kenntnis genommen und wird anerkannt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift i.A. des Trägers

.....
Unterschriften aller Personensorgeberechtigter *(falls beide Elternteile personensorgeberechtigt sind, bitte unbedingt beide Unterschriften)*

Anlagen zum Betreuungsvertrag

- Ordnung für Kindertagesstätten (13. Auflage)
- Impfberatung RLP (Anlage 1)
- Einzugsermächtigung für den Elternbeitrag (Anlage 2)
- Einverständniserklärung – Recht am eigenen Bild (Anlage 3)
- Merkblatt zum Infektionsschutz

