Name des Kindes: ……. Betreuungsbeginn: ……

geboren am: ……. Betreuungsende: ……

Betreuungsdauer (bitte ankreuzen):

☐ bis 4 h (ohne Ferienbetreuung (FB))

☐ bis 5 h (14 Tage Ferienbetreuung im Schulhalbjahr; bei Vertragsbeginn nach dem 01.08. verringert sich der Anspruch um 2,3 Tage pro Monat)

☐ bis 6 h (inkl. FB)

☐ ausschließlich in den Schulferien (bis 10 Stunden/Tag)

Das Kind ist versichert bei: Name, Vorname: ……...

Name der Krankenkasse: ……...

Behandelnder Arzt/Ärztin: …….

Letzte Tetanus-Impfung: …….

Wurde Ihr Kind integrativ betreut? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, liegt ein Grundanerkenntnis vor? ☐ ja ☐ nein

Welche Besonderheiten sind zu berücksichtigen (z.B. Krankheiten, Medikamente, Allergien)?

Ansprechpartner*innen/Information im Notfall

	Personensorge-berechtigte*r	Personensorge-berechtigte*r	Andere Personen
Name, Vorname:			
Wohnanschrift:			
Geburtsland:			---
Telefonnummer privat: dienstlich:			
E-Mail Adresse:			

Dauervollmacht zum Abholen des Kindes

1. Name, Vorname: Verwandtschaftsgrad:
2. Name, Vorname: Verwandtschaftsgrad:
3. Name, Vorname: Verwandtschaftsgrad:
4. Name, Vorname: Verwandtschaftsgrad:
5. Name, Vorname: Verwandtschaftsgrad:

Einverständnis - Vorstellung bei einem Arzt

Im ärztlichen Notfall bin ich einverstanden, dass mein Kind ärztlich versorgt wird.

Magdeburg, den …… Unterschrift Personensorgeberechtigte*r:.....

Bitte informieren Sie uns rechtzeitig, wenn sich Angaben ändern!