



# Anmeldeformular für die Ferienbetreuung

Damit wir Ihren Antrag bearbeiten können, geben Sie bitte das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular 4 Wochen vor Beginn der Betreuung in der Villa Bergäcker ab.

## Das Kind

-----  
Name

-----  
Vorname

-----  
Straße

-----  
PLZ/Wohnort

-----  
Geburtsdatum

-----  
Geschlecht

-----  
Konfession

-----  
Staatsangehörigkeit(en)

Das Kind besucht die \_\_\_\_\_ Klasse.

Das Kind wird an folgenden Wochen die Ferienbetreuung in Anspruch nehmen

-----

-----

-----

-----

## Geschwisterkinder

-----  
Name, Vorname

-----  
Geburtsdatum

-----  
Name, Vorname

-----  
Geburtsdatum

## Die Personensorgeberechtigten des Kindes sind

-----  
Name, Vorname der Mutter

-----  
Name, Vorname des Vaters

-----  
Straße

-----  
Straße

-----  
PLZ/Wohnort

-----  
PLZ/Wohnort

-----  
Telefon

-----  
Telefon

-----  
Geburtsdatum

-----  
Geburtsdatum

-----  
Handy

-----  
Handy

-----  
E-Mail

-----  
E-Mail

## Abholberechtigte Personen/ Ansprechpartner im Notfall (außer Personensorgeberechtigten)

-----  
Name, Vorname

-----  
Telefon

-----  
Name, Vorname

-----  
Telefon



## Sonstige Angaben

-----  
Kinderarzt

-----  
Telefon

Bedarf das Kind auf Grund einer Erkrankung die regelmäßige Einnahme von Medikamenten: ja  nein

Bemerkung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Erklärung

Ich/ Wir versichern die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben. Änderungen teile(n) ich/ wir unverzüglich schriftlich mit.

Ich/ Wir willigen ein, dass die angegebenen Daten in Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und verarbeitet werden. Die Vorschriften des Datenschutzes werden hierbei beachtet.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift der Personensorgeberechtigten

Hinweis: Grundsätzlich haben beide Personensorgeberechtigte den Anmeldebogen zu unterschreiben. Liegt nur die Unterschrift eines Personensorgeberechtigten vor, so versichert die/ der Unterzeichner zugleich, dass sie/ er im Einverständnis mit dem anderen Personensorgeberechtigten handelt.



## Allgemeine Einverständniserklärung

- Ich versichere hiermit als Personensorgeberechtigte(r) meines (unseres) Kindes, dass in der Wohngemeinschaft dieses Kindes in den letzten sechs Wochen eine übertragbare Krankheit (z.B. Diphtherie, Masern, Röteln, Scharlach, Windpocken, Keuchhusten, Mumps, Tuberkulose, Kinderlähmung, übertragbare Darmerkrankung, übertragbare Gelbsucht, übertragbare Hautkrankheiten) nicht vorgekommen ist und dass auch gegenwärtig kein Verdacht einer solchen Krankheit vorliegt.

Ich verpflichte mich, das Kind sofort vom Besuch der Einrichtung zurückzuhalten, wenn bei ihm oder in der Wohngemeinschaft des Kindes eine übertragbare Krankheit auftritt oder sich der Verdacht einer solchen Krankheit ergibt. Erkrankt das Kind an einer übertragbaren Krankheit oder wird es dessen verdächtigt, wird der/ die Leiter/in der Einrichtung unbeschadet sonstiger Meldepflichten unverzüglich benachrichtigt.

- Ich (wir) bin (sind) damit einverstanden, dass mein (unser) Kind an Ausflügen, Spaziergängen und anderen Aktivitäten der Einrichtung, die nicht auf dem Gelände der Kindertagesstätte stattfinden, teilnimmt.

Außerdem bin (sind) ich (wir) damit einverstanden, dass bei den oben genannten Aktivitäten ausnahmsweise Privatfahrzeuge genutzt werden.

Ich (wir) bin (sind) darüber informiert, dass bei Veranstaltungen der Einrichtung, wie Familienausflug, Laternenfest, Sommerfest usw. die Aufsichtspflicht über die Kinder nicht bei den pädagogischen Fachkräften, sondern bei den Personensorgeberechtigten oder den von ihnen Beauftragten liegt.

- Ich (wir) bin (sind) damit einverstanden, dass Daten (Entwicklungsbericht) über mein (unser) Kind zwischen den Einrichtungen, der Schule und dem Gesundheitsamt ausgetauscht werden.

Der Bericht enthält Beobachtungsbögen, Bildungstabellen, Sozioprogramme, Fotos, Projektarbeiten und persönliche Arbeiten der Kinder.



- Weiterhin willige(n) ich (wir) ein, dass fotografieren, filmen und beschriebene Spielsituationen bei denen mein (unser) Kind und andere Kinder beteiligt sind, in anderen Entwicklungsberichten/Portfolios mit verwendet werden können.  
In der Einrichtung wird Ihr Kind in seiner Entwicklung unterstützt und begleitet, um es so gewissenhaft auf die Schule vorzubereiten.

Eine wichtige Aufgabe ist dabei die dokumentierte Beobachtung.

Diese Beobachtungen sind sehr wichtig für den Austausch zwischen Einrichtung, Schule und Gesundheitsamt. Ziel der Zusammenarbeit von Erziehern, Lehrkräften und Schulärzten ist es, klare Aussagen zur Schulfähigkeit eines Kindes machen zu können.

Bitte unterstützen Sie die Zusammenarbeit dieser drei Institutionen, indem Sie dafür Ihr Einverständnis geben.

- Außerdem bin (sind) ich (wir) damit einverstanden, dass Fotos, auf denen mein (unser) Kind zu sehen ist, im Internet (Homepage), Zeitung und dem Amtsblatt veröffentlicht werden.

- Ich (Wir) bin (sind) darüber informiert worden, dass die Aufsichtspflicht der pädagogischen Fachkräfte im Allgemeinen mit dem Ablauf der Öffnungszeit der Einrichtung endet.

Ich (Wir) verpflichte(n) mich (uns), pünktlich mit Beendigung der Öffnungszeit das Kind abzuholen, bzw. für seine Abholung Sorge zu tragen.  
Es ist mir (uns) bewusst, dass wiederholte Verstöße hiergegen zur Kündigung des Kindertagesstättenplatzes führen können.

Ich (Wir) werde(n) die Leiterin verständigen, wenn das Kind im Falle meiner (unserer) Verhinderung nur bestimmten anderen Personen übergeben werden darf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Personensorgeberechtigten



# SEPA – Lastschriftmandat Hort an der Grundschule

Ferienbetreuung -Modul 6-

Gemeinde Eisingen  
Talstr. 1  
75239 Eisingen

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE36ZZZ00000267235**

	Mandatsreferenznummer (Buchungszeichen)		
Hort an der Grundschule	5.0225.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Kindes	<input type="text"/>		
Sorgeberechtigte	<input type="text"/>		

## SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Gemeinde Eisingen, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Gemeinde Eisingen auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers		Vorname des Kontoinhabers		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Straße		Nr.	PLZ	Ort
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer (freiwillige Angabe)				
<input type="text"/>				
IBAN			BIC ( 8 oder 11 Stellen)	
DE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum			Unterschrift Kontoinhaber	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	

## Bitte beachten:

SEPA-Lastschriftmandate können nur auf einem im Original vorliegenden und eigenhändig unterschriebenen Vordruck erteilt werden. SEPA-Lastschriftmandate, die als Fax, per E-Mail oder telefonisch eingehen, sind nicht rechtsgültig und können daher nicht berücksichtigt werden.