

BETREUUNGSVEREINBARUNG



KRIPPENSTART: _____

E-Mail-Adresse: _____

Vor- und Zuname des Kindes:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
PLZ:	Wohnadresse:
Religion:	Staatsbürgerschaft:
Muttersprache des Kindes:	Sozialversicherungsnummer:

Hausarzt: _____

Impfungen: _____

Im **Notfall** zu verständigen: _____

Anzahl der Geschwister (Geburtsjahre): _____

Behindert lt. Behindertengesetz: ja nein

Mutter

Vater

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Religion: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Beruf: _____

- Vollzeit
- Teilzeit
- Arbeitssuchend
- Karenz bis:

- Vollzeit
- Teilzeit
- Arbeitssuchend
- Karenz bis:

Tel. privat: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

Alleinerzieher: ja nein

Ich nehme für mein Kind folgende Betriebsform in Anspruch:

- Halbtags (07.00- 13.00 Uhr)
- Ganztags (07.00- 15.00 Uhr)

Festgelegte Betreuungszeiten von ____: ____ Uhr bis ____: ____ Uhr

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Zusatzinformationen zur Anmeldung in der Kinderkrippe

Von wem wird Ihr Kind in die Kinderkrippe gebracht/ bzw. abgeholt:

Name:

Telefonnummer:

Wer darf das Kind NICHT abholen: _____

Wünsche an die Kinderkrippe: _____

Errechneter Geburtstermin: _____

Geburtsverlauf:

- normal
 Komplikationen (Frühgeburt, Sauerstoffmangel, Kaiserschnitt...)

Wenn ja, welche: _____

Welche Krankheiten hat Ihr Kind bereits durchgemacht? (z. B Fieberkrämpfe, ...)

Besonderheiten (z.B. Allergien, Nahrungsunverträglichkeiten)

Welche Medikamente bekommt Ihr Kind:

regelmäßig: _____ im Akutfall: _____

Haben Sie bei Ihrem Kind Auffälligkeiten in der Entwicklung beobachtet:

Ja Nein Ich bin mir nicht sicher

- | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| In der Sprache (Satzbildung, Aussprache)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| In der Bewegung (krabbeln, laufen, klettern...)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Im Verhalten (Spielverhalten, Kontakt zu anderen Personen)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| In der Konzentration? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wurde ein Sehtest gemacht? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ergebnis: _____ |
| Wurde ein Hörtest gemacht? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ergebnis: _____ |
| Hat Ihr Kind bereits Frühförderung oder andere Therapien (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie) in Anspruch genommen? Wenn ja, welche? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Datum der Anmeldung/ Unterschrift des Erziehungsberechtigten:
