

BETREUUNGSVERTRAG

Die unterzeichnende Katholische Kirchengemeinde und die Eltern / Sorgeberechtigten schließen nachstehenden Vertrag über die Betreuung des Kindes:

Name:

Vorname:

geb. am:

für die jeweils mit der Kindergartenleitung im Auftrag des Trägers vereinbarte Betreuungszeit. Die zulässigen Betreuungszeitangebote und Öffnungszeiten des Trägers sowie die entsprechenden Elternbeiträge ergeben sich aus dem beiliegenden Einlegeblatt bzw. aus den üblichen Bekanntmachungen des Trägers.

Mit Unterzeichnung dieses Betreuungsvertrages erkennen wir, die unterzeichnenden Eltern/Sorgeberechtigten, die Bedingungen des Betreuungsvertrages des Trägers an und bestätigen, dass wir auf Grund der Aushändigung des Textes und/oder durch seine Veröffentlichung im Amtsblatt für die Diözese Fulda - KA 2014, Stück II, Nr. 26 - vom Inhalt der Betreuungsvertragsbedingungen Kenntnis genommen haben.

Des Weiteren bestätigen wir, dass wir die Regelung in Ziffer 8 der Betreuungsvertragsbedingungen über Maßnahmen zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII) akzeptieren und der zugehörigen Erklärung zur etwaigen Datenweitergabe (Ziffer 8.3.) zustimmen.

Beitragsübernahme durch Sozialhilfeträger (wenn zutreffend ankreuzen)

Soweit wir, die Eltern/Sorgeberechtigten, Ansprüche auf Beitragsübernahme nach den sozialgesetzlichen Vorschriften gegen den jeweiligen Sozialhilfeträger haben, treten wir diese Ansprüche hiermit an den, diese Abtretung annehmenden Träger ab (Ziff. 6.5 und 6.6 der Betreuungsvertragsbedingungen). Wir befreien den jeweiligen Sozialhilfeträger hiermit von der Verschwiegenheitspflicht soweit dies zur Feststellung und zum Einzug der Beitragserstattungen notwendig ist.

Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Für die Gültigkeit der Erklärungen des Trägers genügt die Aushändigung eines Einlegeblattes. Mündlich getroffene Nebenabreden haben keine Gültigkeit.

Bei evtl. auftretenden Problemen der Vertragsparteien miteinander ist vor Anrufung staatlicher Gerichte zunächst das Bischöfliche Generalvikariat in Fulda als Schlichtungsstelle einzuschalten.

.....
Ort, Datum

.....
Ort, Datum

Kath. Kirchengemeinde (Träger):

Eltern/ Sorgeberechtigte:

.....
Pfarrer/Verwaltungsratsvorsitzender

.....
Mutter/Sorgeberechtigte

(Siegel)

.....
Verwaltungsratsmitglied

.....
Vater/Sorgeberechtigter

BETREUUNGSVERTRAG

Die unterzeichnende Katholische Kirchengemeinde und die Eltern / Sorgeberechtigten schließen nachstehenden Vertrag über die Betreuung des Kindes:

Name:

Vorname:

geb. am:

für die jeweils mit der Kindergartenleitung im Auftrag des Trägers vereinbarte Betreuungszeit. Die zulässigen Betreuungszeitangebote und Öffnungszeiten des Trägers sowie die entsprechenden Elternbeiträge ergeben sich aus dem beiliegenden Einlegeblatt bzw. aus den üblichen Bekanntmachungen des Trägers.

Mit Unterzeichnung dieses Betreuungsvertrages erkennen wir, die unterzeichnenden Eltern/Sorgeberechtigten, die Bedingungen des Betreuungsvertrages des Trägers an und bestätigen, dass wir auf Grund der Aushändigung des Textes und/oder durch seine Veröffentlichung im Amtsblatt für die Diözese Fulda - KA 2014, Stück II, Nr. 26 - vom Inhalt der Betreuungsvertragsbedingungen Kenntnis genommen haben.

Des Weiteren bestätigen wir, dass wir die Regelung in Ziffer 8 der Betreuungsvertragsbedingungen über Maßnahmen zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII) akzeptieren und der zugehörigen Erklärung zur etwaigen Datenweitergabe (Ziffer 8.3.) zustimmen.

Beitragsübernahme durch Sozialhilfeträger (wenn zutreffend ankreuzen)

Soweit wir, die Eltern/Sorgeberechtigten, Ansprüche auf Beitragsübernahme nach den sozialgesetzlichen Vorschriften gegen den jeweiligen Sozialhilfeträger haben, treten wir diese Ansprüche hiermit an den, diese Abtretung annehmenden Träger ab (Ziff. 6.5 und 6.6 der Betreuungsvertragsbedingungen). Wir befreien den jeweiligen Sozialhilfeträger hiermit von der Verschwiegenheitspflicht soweit dies zur Feststellung und zum Einzug der Beitragserstattungen notwendig ist.

Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Für die Gültigkeit der Erklärungen des Trägers genügt die Aushändigung eines Einlegeblattes. Mündlich getroffene Nebenabreden haben keine Gültigkeit.

Bei evtl. auftretenden Problemen der Vertragsparteien miteinander ist vor Anrufung staatlicher Gerichte zunächst das Bischöfliche Generalvikariat in Fulda als Schlichtungsstelle einzuschalten.

.....
Ort, Datum

.....
Ort, Datum

Kath. Kirchengemeinde (Träger):

Eltern/ Sorgeberechtigte:

.....
Pfarrer/Verwaltungsratsvorsitzender

.....
Mutter/Sorgeberechtigte

(Siegel)

.....
Verwaltungsratsmitglied

.....
Vater/Sorgeberechtigter

ABHOLREGELUNG

Mein / unser Kind

Name _____

Vorname _____

geb. am _____

wird von der Kindertagesstätte aus abgeholt.

Außer den Sorgeberechtigten sind nachfolgend genannte volljährige Personen berechtigt, mein / unser Kind von der Kindertagesstätte abzuholen (Angabe bitte mit Name und Telefonnummer):

1. _____

4. _____

2. _____

5. _____

3. _____

6. _____

7. Abholung durch öffentliche/
private Verkehrsbetriebe.

Ort, Datum

(Mutter/Sorgeberechtigte)

Ort, Datum

(Vater/Sorgeberechtigter)

Aufnahmetag _____

Abgang _____

ANMELDEBOGEN

1. Angaben über das Kind

Name _____

Vorname _____

geb. am _____ in _____

Religion _____ Tag der Taufe _____

Staatsangehörigkeit _____ Familiensprache _____

Straße _____

PLZ / Wohnort (_____) _____

2. Angaben über die Sorgeberechtigten

Name des Vaters _____

geb. am _____ Beruf* _____

Religion _____ Familienstatus* _____

Staatsangehörigkeit _____ Familiensprache _____

Straße _____

PLZ / Wohnort (_____) _____

Arbeitsstätte* _____

Name der Mutter _____

geb. am _____ Beruf* _____

Religion _____ Familienstatus* _____

Staatsangehörigkeit _____ Familiensprache _____

Straße _____

PLZ / Wohnort (_____) _____

Arbeitsstätte* _____

Gemeinsames Sorgerecht Alleinerziehend Mutter Alleinerziehend Vater

In Notfällen zu erreichen:

Privat _____

Arbeitsplatz Vater _____ Mutter _____

Mobil Vater _____ Mutter _____

Email _____

3. Geschwister

Vorname _____ geb. am _____

Vorname _____ geb. am _____

Vorname _____ geb. am _____

Vorname _____ geb. am _____

4. Überstandene Krankheiten (zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Parathyphus | <input type="checkbox"/> Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Thyphus |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Spinale Kinderlähmung |

Übertragbare Haut-/ Krankheiten _____

5. Impfungen (jeweils letztes Datum angeben)

Tetanus 1. am _____

2. am _____

3. am _____

sonstige Impfungen _____

6. Besonderheiten der körperlichen und geistigen Entwicklung, z.B. Diabetes, Krampfleiden, Lebensmittelunverträglichkeiten (ggf. ärztliches Attest vorlegen)

7. Anschriften

Hausarzt _____

Telefon _____ Ort _____

Krankenkasse _____ Ort _____

Versicherter _____

Der Übernahme der Daten in die elektronische Datenverarbeitung des Trägers (insbesondere KiTaPLUS) stimme/n ich/wir zu.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter/Sorgeberechtigte

Ort, Datum

Unterschrift Vater/Sorgeberechtigter

* *Freiwillige Angaben*

Kindertagesstätte der Kath. Kirchengemeinde

.....
.....
.....

Berechtigungserklärung zur Medikamentenverabreichung

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

muss während des Besuchs der Kindertageseinrichtung folgende/s Medikament/e zu sich nehmen:

Medikament:

Uhrzeit:

Dosis:

.....
.....
.....
.....
.....

Maßgeblich für die Verabreichung ist die beigefügte ärztliche Weisung. Ich/Wir ermächtige/n hiermit die Erzieher/innen der Kindertageseinrichtung der o. g. Kath. Kirchengemeinde bzw. Trägers meinem/unsere/o. g. Kind die/das vorgenannte/n Medikament/e zu verabreichen.

Durch meine/unsere Unterschrift bestätige/n ich/wir, dass das/die oben genannte/n Medikament/e ärztlich verordnet ist/sind und – nicht – unter die Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes fällt/fallen.

Ich/Wir stelle/n den Träger der Kath. Kindertageseinrichtung und dessen Mitarbeiter/innen (Leitung, Erzieher/innen) im gesetzlich zulässigen Umfang frei von jeglicher Verantwortung und Haftung für Schädigungen, die durch oder anlässlich der Verabreichung von Medikamenten entstehen. Dies gilt auch für den Fall, dass Personenschäden (auch Dritter) durch die Einnahme der ausgehändigten Medikamente entstehen sollten. Insofern stellen wir den Träger oder das Personal des Trägers von Ansprüchen Dritter frei.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter/Sorgeberechtigte

Ort, Datum

Unterschrift Vater/Sorgeberechtigter

Interne Vermerke:

Eingangsdatum:

Unterschrift KITA-Leitung

Medikamentenverabreichung im Kindergarten

Name des Kindes:

Vorname:

Geburtstag:

.....

.....

.....

	Name des Medikaments	Name des Medikaments	Name des Medikaments
Morgens	Uhrzeit Dosierung	Uhrzeit Dosierung	Uhrzeit Dosierung
Mittags	Uhrzeit Dosierung	Uhrzeit Dosierung	Uhrzeit Dosierung
Bemerkungen/ Dauer der Einnahme:			

Kindertagesstätte der Kath. Kirchengemeinde

.....
.....
.....

Zustimmungserklärung für Film- und Fotoaufnahmen im Kindergarten

Hiermit gestatte ich den MitarbeiterInnen der Kindertagesstätte _____, Film- und Fotoaufnahmen, auf denen ich/wir/mein Kind _____ im Rahmen der Aktivitäten der Kirchengemeinde abgebildet ist/sind, unentgeltlich zu nutzen.

Rechtsgrundlage hierfür ist das Kunsturheberrecht (KunstUrhG), welches das Recht am eigenen Bild beschreibt. Hiernach dürfen gem. § 22 Satz 1 KunstUrhG Bildnisse nur mit Einwilligung des Abgebildeten verbreitet oder öffentlich zur Schau gestellt werden. Gemäß §23 Abs. 1 KunstUrhG dürfen Bilder bzw. Bildnisse in bestimmten Ausnahmefällen auch ohne die nach § 22 erforderliche Einwilligung zur Schau gestellt werden. Die Darstellung von Kindergartenkindern sowie MitarbeiterInnen der Kindertageseinrichtung ist mit den Ausnahmetatbeständen des § 23 Abs. 1 KunstUrhG regelmäßig nicht vereinbar.

Die Rechte an diesen Bildern verbleiben ausschließlich beim Träger der Einrichtung zu nachfolgend genannten Verwendungszwecken:

- zur Nutzung für Öffentlichkeitsarbeit, z. B. für Zeitungsartikel, Schaukasten, etc.;
- zur Dokumentation der pädagogischen Arbeit, auch im Rahmen von Praktika;
- zur Wiedergabe auf einer Foto- und Video-CD, die innerhalb der aktuellen Elternschaft der Kindertagesstätte die Aktivitäten der Kinder widerspiegelt.

Foto- und Videoaufnahmen, die in meinen Besitz durch Nachbestellung oder Kopie gelangen, werden ausschließlich von mir zu privaten Erinnerungszwecken genutzt. Ich bin darüber informiert worden, dass die Veröffentlichung von Bildern anderer Personen ohne deren Zustimmung Schadensersatzansprüche auslösen kann. Eine Veröffentlichung im Internet ist nicht zulässig.

Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter/Sorgeberechtigte

Ort, Datum

Unterschrift Vater/Sorgeberechtigter

Ärztliche Bescheinigung
zur Aufnahme in Kindertageseinrichtungen

Mein / unser Kind

Name _____

Vorname _____

geb. am _____

ist zum Zeitpunkt der Ausstellung dieser Bescheinigung für die Aufnahme in die Kindertagesstätte

frei von ärztlich erkennbaren ansteckenden Krankheiten und es bestehen keine sonstigen gesundheitsrelevanten Einwände gegen eine Aufnahme in die Kindertagesstätte.

Die Schutzimpfungen sind dem Alter entsprechend nach den geltenden Impfpfehlungen (STIKO) zum o. g. Tag der Aufnahme durchgeführt (vgl. § 2 KiSchG):

Ja

Nein

Es liegen medizinische Gründe vor, weshalb derzeit eine vollständige Impfung nicht möglich ist:

Ja

Nein

Impfungen gegen folgende Krankheiten fehlen oder wurden unvollständig durchgeführt:

- | | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Hämophilus, Influenza | <input type="checkbox"/> Meningokokken | <input type="checkbox"/> Windpocken |

Ich wurde von meiner Ärztin/meinem Arzt informiert, dass die öffentlich empfohlenen Impfungen gegen die oben erwähnten Krankheiten bei meinem Kind fehlen oder unvollständig sind. Ich möchte nicht, dass diese Impfungen bei meinem Kind nachgeholt werden. Meine Ärztin/mein Arzt hat mich über die Möglichkeit aufgeklärt, dass mein Kind nach § 34 Infektionsschutzgesetz aus der Kindergemeinschaftseinrichtung ausgeschlossen werden kann.

- Die alterstypischen gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen sind durchgeführt.
- Um eine Rücksprache mit dem/der Kinder- und Jugendarzt/-ärztin wird gebeten.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel Ärztin/Arzt

Kindertagesstätte der Kath. Kirchengemeinde

.....

.....

.....

Berechtigungserklärung zur Essensversorgung

Mein/Unser Kind (Name, Vorname) _____

darf Speisen und Getränke, die in die Kindertagesstätte mitgebracht werden oder in den Gruppen zubereitet werden, verzehren.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter/Sorgeberechtigte

Ort, Datum

Unterschrift Vater/Sorgeberechtigter