

Anmeldung des Betreuungsbedarfs Aufnahmeschein Kindertagesstätte Alte Rothe

Angaben zum Kind

Vorname	Name
Geburtsdatum	Geburtsort
Familiensprache	

Angaben zu den Sorgeberechtigten

Vorname	Name
Telefon	E-Mail
Arbeitsstelle	Telefon Arbeitsstelle

Vorname	Name
Telefon	E-Mail
Arbeitsstelle	Telefon Arbeitsstelle

Informationen zum Kind

Welche ansteckenden Krankheiten hat das Kind bereits überstanden?	
Sind irgendwelche gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorhanden (Zuckerkrankheit, Allergie, usw.)	
Kinderarzt/Kinderärztin Name, Telefonnummer, Praxisanschrift	
Krankenkasse des Kindes	
Geschwisterkinder (Name und Geburtsdatum)	
Was möchten Sie uns noch über das Kind mitteilen?	

Notfallkontakt

Name, Vorname:	Telefonnummer:
Name, Vorname:	Telefonnummer:

Die Betreuung erfolgt mit einer Betreuungszeit pro Woche von

	25 Stunden 7:15 – 12:15
	25 Stunden 12:00 – 16:15
	35 Stunden/Block 7:15 – 14:15
	35 Stunden/Block 9:00 – 16:15
	35 Stunden 7:15 -12:30 und 14:00 – 16:15
	45 Stunden 7:15 – 16:15

Zutreffendes bitte ankreuzen

Hinweis: Ein Wechsel der wöchentlichen Betreuungszeit ist nur auf der Grundlage einer ergänzenden schriftlichen Vereinbarung möglich.

Die Berücksichtigung der Angaben kann nur mit beiden Unterschriften (Aufnahmeschein und Datenschutzerklärung) erfolgen.

--	--

Ort, Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte Person/en

Datenschutzerklärung:

Ich habe die Informationspflichten gem. Art. 13 DS-GVO zu Kenntnis genommen.

--	--

Ort, Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte Person/en



Nachweis Impfschutz gegen Masern gemäß Masernschutzgesetz ⁱ

Angaben zur Einrichtung		
Name	Anschrift	Leitung

Angaben zur betreffenden Person		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Bei Minderjährigen: Name Erziehungsberechtigte bzw. gesetzl. Vertreter		Telefonkontakt

Bestätigung

Sind die nachfolgende Punkte 1 oder 2 erfüllt, dient dieser Nachweis lediglich zur Dokumentation der Gemeinschaftseinrichtung.

- Ein vollständiger Impfschutz gegen Masern gemäß den Empfehlungen der STIKO ist vorhanden (2-fach Impfung laut Impfausweis/ ärztlichem Zeugnis erhalten).
- Ausreichend Antikörper gegen Masern sind vorhanden (gemäß Titer-Bestimmung), dies wurde gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung bestätigt.

Sind die nachfolgende Punkte 3, 4 oder 5 erfüllt, dient dieser Nachweis zur Dokumentation der Gemeinschaftseinrichtung und als Meldeformular an das Gesundheitsamt Kreis Lippe:

Faxnummer: 05231 63011 9999

- Es ist bisher lediglich ein 1facher Impfschutz gegen Masern vorhanden (laut Impfausweis/ ärztlichem Zeugnis).
 - Zweite Impfung ist geplant für: _____ Datum: _____
 - Nachkontrolle durch Einrichtung erfolgte am: _____ Datum: _____
 - vollständiger Impfschutz wie unter 1 ist gegeben
 !!Nachweis erneut ans Gesundheitsamt faxen!!
 Unterschrift der bescheinigenden Person: _____
- Aufgrund einer medizinischen Kontraindikation kann o. g. betreute Person nicht gegen Masern geimpft werden (ärztliche Bescheinigung beifügen)
- Es ist **kein Impfschutz** gegen Masern vorhanden

Entscheidung der Einrichtungsleitung	
<input type="checkbox"/>	Gegen die Betreuung bzw. Beschäftigung der oben angegebenen Person bestehen seitens der Einrichtung keine Bedenken
<input type="checkbox"/>	Eine Betreuung bzw. Beschäftigung der oben angegebenen Person kann in der Einrichtung nicht erfolgen
Datum, Unterschrift der Einrichtungsleitung	Ggf. Stempel der Einrichtung