

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

ja

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: _____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hat Ihr Kind bereits Frühförderung oder andere Therapien (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie) in Anspruch genommen? Wenn ja, welche?			

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Datum der Anmeldung/ Unterschrift des Erziehungsberechtigten: _____