

Anmeldung des Betreuungsbedarfs Aufnahmeschein Kindertagesstätte Alte Rothe

Angaben zum Kind

Vorname	Name
Geburtsdatum	Geburtsort
Familiensprache	

Angaben zu den Erziehungsberechtigten

Vorname	Name
Telefon	E-Mail
Arbeitsstelle	Telefon Arbeitsstelle
Sorgerecht	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Vorname	Name
Telefon	E-Mail
Arbeitsstelle	Telefon Arbeitsstelle
Sorgerecht	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

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

Datenschutzerklärung:

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

Ort, Datum

Unterschrift



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