

# Betreuungsvertrag Hort

zwischen KiJuFa e.V. Glonn, Am Seestall 19, 85625 Glonn  
 vertreten durch den geschäftsführenden Vorstand und  
 den Personensorgeberechtigten des unten genannten Kindes  
 über dessen Bildung, Erziehung und Betreuung im Hort der KiTa Glonn.

## 1. Allgemeine Angaben zum Kind und zu den Personensorgeberechtigten:

	Kind	Mutter	Vater
Name			
Vorname			
Straße			
PLZ/Wohnort			
Geburtsdatum			
Telefon privat	-----		
Telefon geschäftlich	-----		
Email	-----		
Staatsangehörigkeit			
Herkunftsland			
Familienstand	-----		
alleinerziehend	-----	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Beruf + Std/Wo	-----		
arbeitssuchend	-----	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

## 2. Weitere Angaben zum Kind:

wohnt bei	<input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/>
abweichende Adresse	
Sorgerecht	<input type="radio"/> Mutter und Vater <input type="radio"/> nur Mutter <input type="radio"/> nur Vater
	<input type="radio"/> sonstige: Name und Adresse:
Sprachkenntnisse	<input type="radio"/> spricht Deutsch <input type="radio"/> spricht kein Deutsch
	<input type="radio"/> spricht Deutsch und .....
Anzahl Geschwister	<input type="radio"/> ist Einzelkind <input type="radio"/> hat Geschwister
Name des Kindergartens	

### 3. Besonderer Betreuungsbedarf

Kriterium	Das oben genannte Kind ....
Besonderer Betreuungsbedarf	<input type="radio"/> hat unten aufgeführte chronische Krankheiten/Allergien <input type="radio"/> hat unten aufgeführte Behinderungen/Beeinträchtigungen

### 4. Gesundheitsangaben

Das Kind ist versichert	<input type="radio"/> bei der Mutter	<input type="radio"/> beim Vater
Name der Krankenkasse		
Name/Wohnort Hausarzt		
Schutzimpfungen	<input type="radio"/> Diphtherie <input type="radio"/> Hepatitis B <input type="radio"/> Tetanus <input type="radio"/> Masern <input type="radio"/> Mumps <input type="radio"/> Röteln <input type="radio"/> Keuchhusten <input type="radio"/> Windpocken <input type="radio"/> Meningokokken	
Regelmäßige Medikamente	(bitte gesondertes Formular verwenden)	
Frühere Erkrankungen, die noch von Bedeutung sind		

### 5. Unterbringung im Notfall:

Vor- und Familienname:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Handynummer:	

### 6. Abholung: Wer darf das Kind noch abholen?

1	Name/Adresse	
2	Name/Adresse	
3	Name/Adresse	

### 7. Weitere Vereinbarungen: Mein/Unser Kind.....

... ist SchwimmerIn.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
... darf die Kita alleine verlassen um ..... Uhr.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
... darf alleine nach Hause gehen.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
... darf mit anderen Kindern auf den „roten Platz“ gehen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
... darf an Besuchen in Schwimmbädern teilnehmen.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
... darf bei Ausflügen in einem PKW des Personals mitfahren.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
... darf nach Kopfläusen untersucht werden.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
... darf bei kleinen Wunden vom Fachpersonal verarztet werden.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
... darf kleine Fremdkörper vom Fachpersonal entfernen lassen.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

