

Karteikarte



Name, Vorname des Kindes		Geburtsdatum:		Betreuungszeit:													
Anschrift:		Telefon:															
Personensorgeberechtigte:		<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Pflegeeltern												
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vormund															
1. Personenberechtigter																	
Name, Vorname		geb.:		Festnetz:													
Beruf, Arbeitstelle				Mobil:													
		Tel.: Arbeitsstelle:															
2. Personenberechtigter																	
Name, Vorname		geb.:		Festnetz:													
Beruf, Arbeitstelle				Mobil:													
		Tel.: Arbeitsstelle:															
1. Geschwister		geb.:		Einrichtung:													
2. Geschwister		geb.:		Einrichtung:													
3. Geschwister		geb.:		Einrichtung:													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%; background-color: #cccccc;">Krankenkasse</td> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:20%; background-color: #cccccc;">Hauptversicherer</td> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:20%; background-color: #cccccc;">Kinderarzt</td> <td style="width:20%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="background-color: #cccccc;">gesundheitliche Besonderheiten</td> <td></td> </tr> </table>						Krankenkasse		Hauptversicherer		Kinderarzt						gesundheitliche Besonderheiten	
Krankenkasse		Hauptversicherer		Kinderarzt													
				gesundheitliche Besonderheiten													

Tag der Aufnahme:
Ärztliche Bescheinigung abgegeben am:
Kopie Impfausweis abgegeben am:

Empfang bitte ankreuzen:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vertragsbestimmungen | <input type="checkbox"/> Merkblatt Infektionsschutzgesetz | <input type="checkbox"/> zahnärztliche Untersuchung |
| <input type="checkbox"/> Tagesablauf | <input type="checkbox"/> 48Regelung Magen-Darm-Infektion | <input type="checkbox"/> Max-Planck-Institut |
| <input type="checkbox"/> Essensvertrag | <input type="checkbox"/> Schließzeiten | |
| <input type="checkbox"/> Erklärung Inanspruchnahme von Betreuungsgeld/Landeserziehungsgeld | | |



Erlaubnis für:	Ja	Nein
Baden/Duschen		
Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln		
Wanderungen, Kino, Puppentheater u. ä.		
Foto- und Videoaufnahmen in der KiTa		
Arztbesuch im Notfall		
Zahnärztliche Untersuchung		
Schließzeiten der Einrichtung sind mir bekannt		
Veröffentlichung auf Homepage der Kita (nur im geschützten Raum)		
Fieber messen		
Kontrolle Kopfläuse		
Zecken entfernen		
Splitter entfernen		

Untersuchungen:	U 2	U 3	U 4	U 5	U 6	U 7	U 7a	U 8	U 9
Datum									

Vollmachten für alle abholberechtigte Personen, während und nach der Öffnungszeiten der KiTa (Name, Adresse, Telefonnummer):

Name	Anschrift	Telefon/Notfallnummer (bitte kennzeichnen)	Verhältnis zum Kind

	1. Sorgeberechtigter	2. Sorgeberechtigter		1. Sorgeberechtigter	2. Sorgeberechtigter
Datum:			Datum:		
Unterschrift			Unterschrift		