

## Aufnahmebogen Betreuung ( bei erstmaliger Aufnahme oder bei Änderungen)

### 1. Angaben zum Kind

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

Wohnort und Straße \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

### 2. Hausarzt des Kindes und Krankenkasse

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Name, unter dem das Kind mitversichert ist \_\_\_\_\_

### 3. Angaben über die Personensorgeberechtigten

Name der Mutter \_\_\_\_\_

Wohnort und Straße \_\_\_\_\_

Arbeitsstätte \_\_\_\_\_

Name des Vaters \_\_\_\_\_

Wohnort und Straße (Falls abweichend)\* \_\_\_\_\_

Arbeitsstätte\* \_\_\_\_\_

4. Bei Notfall zu benachrichtigen

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Handynr. \_\_\_\_\_

Sonstige Angaben \_\_\_\_\_

5. Krankheiten/ Auffälligkeiten

\_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_

Bitte unbedingt angeben, falls vorhanden

Medikamentenliste siehe Extrablatt !

6. Fotos und Filme

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos und Filme, die in der Ferienbetreuung von meinem Kind gemacht werden sowohl intern als auch extern genutzt werden. (Zeitung, „donnerstags“....)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\*Angaben dieser Daten erfolgen freiwillig

## Einverständniserklärung

-Nachhauseweg-

Name, Vorname \_\_\_\_\_

- Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind .....  
nach der vereinbarten Betreuungszeit um 13:30 Uhr von der/vom
  - Grundschule (Ostern/Pfingsten/3. Teil Sommer/Herbstferien)
  - Kindergarten Stetten (1. und 2. Teil Sommerferien)  
alleine nach Hause gehen darf.
  
- Ich hole mein Kind nach Ende der Betreuungszeit um 13:30 Uhr an der/ am
  - Grundschule (Ostern/Pfingsten/3. Teil Sommer/Herbstferien)
  - Kindergarten Stetten (1. Und 2. Teil Sommerferien)
  
- bei Sondersituationen (Verhinderung, Verspätung etc.) trage ich Sorge, dass mein Kind pünktlich am jeweiligen Ort (s.o.) abgeholt wird.

-----  
Datum, Ort

-----  
Unterschrift

Name des Kindes \_\_\_\_\_

Erste Hilfe  
in der  
Ferien- und Nachmittagsbetreuung

Wenn Kinder zusammen spielen bzw. sich im Freien aufhalten kann es immer mal zu kleineren Verletzungen kommen. Wir haben uns darauf eingestellt und führen bei unseren Betreuungsangeboten einen kleinen „Notfall-Koffer“ mit.

Um aber bei kleineren Verletzungen Ihrer Kinder gleich handeln zu können, benötigen wir Ihr Einverständnis, denn nur dann dürfen wir Medikamente, Salben und Heilmittel anwenden. Deshalb möchten wir Sie bitten in der linken Spalte anzukreuzen, welches Mittel wir bei Ihrem Kind anwenden dürfen.

	Medikament/Heilmittel	Gabe:	
	Arnika, Globuli D12 -homöopathisch	Innerlich	Verstauchungen, Prellungen, Zerrungen, Blutergüsse
	Fenistilgel	Äußerlich	Mückenstiche, Brennnesseln
	Traumeel Gel -homöopathisch	Äußerlich	Schürfwunden, Verstauchungen, etc.
	Apis mellifica, Globuli D12 -homöopathisch	Innerlich	Bienenstiche
	Wunddesinfektion	Äußerlich	Schnitte, Schürfwunden, etc.

In schwerwiegenden Fällen bzw. bei uneindeutigen Symptomen werden wir Sie selbstverständlich umgehend informieren.

Zeckenbiss

Beim Vorfinden einer Zecke: (Entsprechendes bitte ankreuzen)

- Ich stimme zu, dass meinem Kind durch einen zuständigen Betreuer die Zecke entfernt werden darf.
- Ich möchte direkt informiert werden, um die Zecke durch einen Arzt oder Apotheker entfernen zu lassen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigter \_\_\_\_\_

zurück an die  
Stadtverwaltung Mühlheim  
Hauptamt  
Hauptstraße 16  
78570 Mühlheim/Donau

### Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Stadt Mühlheim widerruflich, den Betrag zur Ferien-  
bzw. Nachmittagsbetreuung jeweils zum Monatsanfang von folgendem  
Konto im Lastschriftverfahren abzubuchen:

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Mühlheim, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Kontoinhaber