



Unterlagen bei Bedarf ausfüllen

Sorgen-Protokoll Kinderhäuser Gemeinde Sonnenbühl



Aufnahme durch die Leitung der pädagogischen Einrichtung



Wer äußert die Sorge: _____



Um wen handelt es sich:

☐ Eltern

☐ Mutter

☐ Vater

☐ Angehörige

☐ Mitarbeiter

☐ Externe

Wann: _____



Was ist meine Sorge, was möchte ich mitteilen?



Mit wem möchte ich sprechen?



Haben Sie einen Lösungs-Vorschlag?



Was haben wir miteinander vereinbart?

Vielen Dank für die Offenheit! Wir kümmern uns schnellstmöglich um Ihr Anliegen!



Einverständniserklärung – Adressliste



Diese Einwilligung ist freiwillig. Aus der Nichterteilung oder einem Widerruf der Einwilligung entstehen keine Nachteile. Dieser Vordruck braucht nicht (unterschrieben) zurückgegeben werden, wenn keine Einwilligung erteilt wird. Felder über die Sie keine Angaben machen möchten lassen Sie bitte frei.

Ich bin damit einverstanden, dass zum Zweck gegenseitiger Kontaktaufnahme folgende meiner Kontaktdaten in eine Kontaktliste übernommen werden und diese Liste an die anderen Eltern bzw. Personensorgeberechtigten der pädagogischen Einrichtung weitergegeben wird.

Name, Vorname des Kindes: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mutter

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Vater

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Hinweis:

Die Daten werden bis auf Widerruf, jedoch maximal bis zum Ende des Betreuungsverhältnisses bzw. bis zum Ende des Betreuungsjahres, in dem die Betreuungszeit endet, gespeichert bzw. vorgehalten. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Zum Widerruf genügt ein formloses Schreiben an die Leitung der pädagogischen Einrichtung.

Die Weitergabe an Dritte ist nicht zulässig.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Personensorgeberechtigte

Unterschrift Personensorgeberechtigter

Einverständniserklärung für den unbetreuten Heimweg



Ich bin einverstanden, dass mein Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

alleine den Heimweg von der pädagogischen Einrichtung aus antreten darf.

Ich verpflichte mich, alle daraus erwachsenen Ansprüche zu übernehmen und stelle die Leitung der Einrichtung von aller Verantwortung frei.

Ich erkläre, dass mein Kind von mir in die gefahrlose Bewältigung des Nachhausewegs von der Einrichtung eingewiesen ist.

Bei erheblicher Veränderung der Wegverhältnisse oder bei Sondersituationen (z.B. Gewitter, Baustellen, Unfall auf dem Weg, Sturz im Kindergarten,...) trage ich Sorge, dass das Kind abgeholt wird. Die Einrichtung ist befugt, über solche Fälle zu entscheiden und die Abholung des Kindes zu verlangen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Personensorgeberechtigte

Unterschrift Personensorgeberechtigter

Unbedenklichkeitsbescheinigung gemäß § 34 Abs.1 Infektionsschutzgesetz



An die pädagogische Einrichtung _____
Name der Einrichtung

Das Kind

Vor und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

war an einer ansteckenden Krankheit erkrankt. Die Ansteckungsgefahr ist nach ärztlicher
Einschätzung beendet.

Insoweit bestehen gegen den Wiederbesuch des Kindergartens für andere Kinder keine
Bedenken.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes / Stempel

Änderung des Betreuungsmodells



Hinweise:

Bitte ein Exemplar im Rathaus und eines im Kindergarten abgeben!

Bitte denken sie daran, dass die Umstellung auf ein anderes Model unter Umständen einige Wochen Vorlauf benötigt!

Mein Kind _____ besucht aktuell die
Einrichtung _____ in _____
nach dem Betreuungsmodell _____.

Ich möchte für mein Kind das Betreuungsmodell wechseln und melde es hiermit ab dem
_____ zu folgendem Betreuungsmodell um:

(bitte ankreuzen, ggf. ausfüllen)

☐

Betreuungsmodell A:

Montag bis Freitag: 07:00 Uhr bis 13:00 Uhr

☐

Betreuungsmodell B:

Montag bis Freitag_ 07:00 Uhr bis 14:00 Uhr

☐

Ganztagesbetreuung:

Montag bis Donnerstag: 07:00 Uhr bis 16:30 Uhr

Freitag: 07:00 Uhr bis 14:00 Uhr

Ort, Datum: _____

Unterschrift Personensorgeberechtigte

Unterschrift Personensorgeberechtigter

Vereinbarung zur Verlängerung des Betreuungsverhältnisses bei Schulanfängern für die Zeit vor dem Schuleintritt



Das Kind

Vor und Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ergänzend zur Abmeldung bzw. zum Aufnahmevertrag vom _____ vereinbaren

die Gemeinde Sonnenbühl
Hauptstraße 2
72820 Sonnenbühl

sowie

Name der Personenberechtigten

Nach Maßgabe von Ziffer 1 der Ordnung für Tageseinrichtungen für Kinder folgendes:

1. Das Betreuungsverhältnis wird zu den im Aufnahmevertrag festgelegten Bedingungen bis zu dem Werktag fortgesetzt, welcher den Tag der Einschulung vorausgeht, d. h. bis einschließlich zum _____.
2. Der Elternbeitrag ist bis zum 10. des Monats zu bezahlen, in welchem der Tag der Einschulung fällt. (Ziffer 3 der Kindertagesstättenordnung). Die Personenberechtigten versichern, dass die Einzugsermächtigung vom _____ nicht widerrufen wurde.
3. Eine Kündigung dieser Zusatzvereinbarung ist für beide Seiten nur aus wichtigem Grund möglich.

Sonnenbühl, den _____

Personensorgeberechtigte

Personensorgeberechtigte

Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, gleichgültig, ob diese verheiratet, getrenntlebend oder unverheiratet sind. Die Einrichtung wird angewiesen, darauf zu achten.

Sonnenbühl, den _____

Unterschrift des Trägers

Dienstsiegel

Ausfertigung:
Personenberechtigte
Träger der Einrichtungen

Änderung des Betreuungsmodells Krippenmodul



Hinweise:

Bitte ein Exemplar im Rathaus und eines im Kindergarten abgeben!

Bitte denken sie daran, dass die Umstellung auf ein anderes Model unter Umständen einige Wochen Vorlauf benötigt!

Die Buchungstage sollten nach Möglichkeit an aufeinanderfolgenden Tagen erfolgen.

Mein Kind _____ besucht aktuell die
Einrichtung _____ in _____
nach dem Betreuungsmodell _____ .

Ich möchte für mein Kind das Betreuungsmodell wechseln und melde es hiermit ab dem
_____ zu folgendem Betreuungsmodell um:

(bitte ankreuzen, ggf. ausfüllen)

☐ **Krippenmodul 3 Tage**
Montag bis Donnerstag 7:00 Uhr – 16:30 Uhr
Freitag: 7:00 Uhr – 14:00 Uhr

☐ **Krippenmodul 4 Tage**
Montag bis Donnerstag 7:00 Uhr – 16:30 Uhr
Freitag 7:00 Uhr – 14:00 Uhr

☐ **Krippenmodul 5 Tage**
Montag bis Donnerstag: 7:00 Uhr – 16:30 Uhr
Freitag: 7:00 Uhr – 14:00 Uhr

Die Buchungstage sollten nach Möglichkeit an aufeinanderfolgenden Tagen erfolgen:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte

Unterschrift Personensorgeberechtigte

Checkliste für Kinder mit Lebensmittel-Unverträglichkeiten



Liebe Eltern,

um uns bestmöglich auf Ihr Kind einzustellen, möchten wir Sie bitten uns mitzuteilen, welche Allergien/Unverträglichkeiten bei Ihrem Kind vorliegen. Füllen Sie zu diesem Zweck bitte das nachfolgende Formular aus. Bitte fügen Sie ein ärztliches Attest hinzu. Kreuzen sie in der folgenden Liste an bzw. tragen Sie ein, welche Lebensmittel Ihr Kind nicht verträgt:

Gluten haltiges Getreide:

- ☐ Weizen ☐ Roggen ☐ Gerste ☐ Hafer ☐ Dinkel
- ☐ *gebacken ok* ☐ *das Essen komplett ohne*

Schalenfrüchte/Nüsse:

- ☐ Mandel ☐ Haselnuss ☐ Walnuss ☐ Sonstige: _____
- ☐ *gebacken ok* ☐ *das Essen komplett ohne*

Fisch:

- ☐ folgende Arten: _____
- ☐ *das Essen komplett ohne*

Sonstiges:

- ☐ Gemüse: _____
- ☐ Obst: _____
- | | | | |
|-------------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| ☐ Krebstiere | ☐ Weichtiere | ☐ Eier | ☐ Erdnüsse |
| ☐ Lupine | ☐ Milcheiweiß | ☐ Laktose/Milchzucker | |
| ☐ Soja | ☐ Sellerie | ☐ Senf | |
| ☐ Sesamsamen | ☐ <i>Lebensmittel gebacken/gekocht ok</i> | | |

Weitere Lebensmittel, die unser Kind nicht verträgt:

Ort, Datum: _____

Unterschrift Personensorgeberechtigte

Unterschrift Personensorgeberechtigter

Ärztliche Stellungnahme zur Aufnahme eines chronisch kranken Kindes in den Kindergarten



Das Kind _____ geb. am _____

befindet sich in meiner Behandlung.

Nach meinen Kenntnissen und meinem Befund kann es eine pädagogische Einrichtung für Kinder besuchen.

Aus ärztlicher Sicht ist zum Krankheitsbild und zu den individuellen Krankheitszeichen auszuführen:

Für den Umgang mit dem Kind gebe ich den pädagogischen Fachkräften folgende Hinweise:

Bis auf Widerruf sollte in der Einrichtung folgende/s Medikament/e verabreicht werden:

1. Name des Medikament: _____

Art der Verabreichung: _____

Dosierung _____

Zeitpunkt/e der Verabreichung:

_____ *morgens*

_____ *mittags*

_____ *nachmittags*

_____ *Vor dem Essen*

_____ *nach dem Essen*

2. Name des Medikament: _____

Art der Verabreichung: _____

Dosierung _____

Zeitpunkt/e der Verabreichung: _____
 morgens *mittags* *nachmittags*

Vor dem Essen

nach dem Essen

3. Name des Medikament: _____

Art der Verabreichung: _____

Dosierung _____

Zeitpunkt/e der Verabreichung: _____
 morgens *mittags* *nachmittags*

Vor dem Essen

nach dem Essen

4. Name des Medikament: _____

Art der Verabreichung: _____

Dosierung _____

Zeitpunkt/e der Verabreichung: _____
 morgens *mittags* *nachmittags*

Vor dem Essen

nach dem Essen

Bei Eintreten eines Notfalls ist wie folgt zu handeln:

Im Notfall ist dem Kind folgendes Medikament:

in der Dosierung zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel der Praxis

Vereinbarung über die Betreuung eines chronisch kranken Kindes



Zwischen dem Träger der Einrichtung _____

und den Personensorgeberechtigten _____

Das Kind _____, geb. am _____, soll / ist zum _____

in den Kindergarten _____ aufgenommen worden.

Folgende Vereinbarungen werden ergänzend zum Aufnahmevertrag getroffen:

- Der behandelnde Kinderarzt bescheinigt, dass das Kind aus medizinischer Sicht in der Lage ist, eine Tageseinrichtung zu besuchen.
- Die pädagogischen Fachkräfte sind gemäß der anliegenden schriftlichen Stellungnahme des behandelnden Arztes über das Krankheitsbild, mögliche individuelle Krankheitszeichen, Dauer, und Notfallmedikation und über die eigenen notwendigen Verhaltensweisen informiert.
- Das Kind kann die Einrichtung dann besuchen, wenn sichergestellt werden kann, dass mindestens eine in die Problematik eingewiesene pädagogische Fachkraft anwesend ist.
- Bei besonderen Aktionen wie z.B. Spaziergänge, Ausflüge etc. muss geklärt werden, welcher Unterstützungsbedarf besteht und wer diese Unterstützung geben kann.
- Die Grundmedikation wird von den Eltern geführt.
- Die pädagogischen Fachkräfte haben vom Arzt eine exakte Anweisung über die Dosierung eines Medikaments und den Einnahmezeitpunkt sowie über eine evtl. erforderliche Notmedikation.
- Die Medikamente werden sachgerecht und kindersicher aufbewahrt. Sie sind mit dem Namen des Kindes versehen.
- Veränderungen des Gesundheitszustandes bzw. der Medikation legen die Personensorgeberechtigten der Einrichtung umgehend schriftlich vor.
- Es finden regelmäßig Gespräche zwischen Eltern und den pädagogischen Fachkräften über die Situation des Kindes in der Tageseinrichtung statt.
- Über die oben genannte Medikation hinausgehende medizinische Betreuung und Versorgung, die aufgrund der Erkrankung des Kindes gegebenenfalls notwendig ist, kann nicht von den pädagogischen Fachkräften der Einrichtung erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte

Unterschrift Personensorgeberechtigte

Unterschrift des Trägers

Unterschrift der Erzieherin

Vereinbarung über die zeitlich begrenzte Verabreichung von ärztlich verordneten Medikamenten während der Betreuungszeit in der Pädagogischen Einrichtung



Zwischen dem Träger der Einrichtung _____
und den Personensorgeberechtigten _____

☐ Bis auf Widerruf

☐ In der Zeit vom _____ bis _____

Sollte dem Kind _____, geb. am _____

In der Einrichtung folgende/s ärztlich verordnete Medikament/e verabreicht werden:

1. Name des Medikament: _____

Art der Verabreichung: _____

Dosierung _____

Zeitpunkt/e der Verabreichung: _____
morgens *mittags* *nachmittags*

Vor dem Essen

nach dem Essen

2. Name des Medikament: _____

Art der Verabreichung: _____

Dosierung _____

Zeitpunkt/e der Verabreichung: _____
morgens *mittags* *nachmittags*

Vor dem Essen

nach dem Essen

3. Name des Medikament: _____

Art der Verabreichung: _____

Dosierung _____

Zeitpunkt/e der Verabreichung:
morgens *mittags* *nachmittags*

Vor dem Essen *nach dem Essen*

4. Name des Medikament: _____

Art der Verabreichung: _____

Dosierung _____

Zeitpunkt/e der Verabreichung:
morgens *mittags* *nachmittags*

Vor dem Essen *nach dem Essen*

Bei Eintreten eines Notfalls ist wie folgt zu handeln:

Im Notfall ist dem Kind folgendes Medikament: _____

in der Dosierung _____ zu verabreichen.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel der Praxis

Abmeldung aus der Pädagogischen Einrichtung



Ab: _____
(Monate/Jahr)

In der Einrichtung: _____

Name und Vorname der Kinder / des Kindes _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Name/Vorname der Personensorgeberechtigten _____

Anschrift: _____

Abmeldung:

☐ Kindergarten ☐ Krippe

Grund der Abmeldung:

☐ Schulabgänger ☐ Wegzug ☐ Sonstiges
☐ Wechsel in den Kindergarten

Sonnenbühl, den _____

Personensorgeberechtigte

Personensorgeberechtigte

Leitung der Kindertagesstätte

Wird von der Gemeinde Sonnenbühl – Kindertagesstätten – ausgefüllt:

Efasst am: _____
Datum, Unterschrift