



Betreuungsvertrag Hessen

Zwischen
dem Träger der Kindertagesstätte:

und den Personensorgeberechtigten:

Name, Vorname

Name, Vorname

für das Kind:

Name, Vorname

Geburtsdatum

in der Ev. Kindertagesstätte:

Name, Adresse und Kontaktdata der Kindertagesstätte:

wird ab dem für die Aufnahme in * Krippe / Altersgeöffnete Gruppe /
Regelgruppe ab dem 3. Lebensjahr / Hort dieser Betreuungsvertrag geschlossen.

(* Nichtzutreffendes streichen)

Betreuungsmodul:

Gesamtwochenstunden / Tage:

Verpflegung / Wochentage:

Die entsprechenden **Beiträge und Betreuungsmodule** entnehmen Sie bitte der aktuellen Gebührenübersicht in der Kita.

Der Vertrag endet regulär: im Jahr der Einschulung zum (Entlassungsdatum)

Persönliche Angaben

1. Angaben über das Kind

Name:

Vorname:

Geschlecht: männlich weiblich divers

Staatsangehörigkeit: Religionszugehörigkeit:

In der Familie vorwiegend gesprochene Sprache:

Anschrift des Kindes:

.....

.....

2. Angaben über die Eltern / Personensorgeberechtigte

	1. Elternteil	2. Elternteil
Anrede		
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Ausländische Herkunft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Herkunftsland*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Herkunftsland*
Anschrift		
Telefonnummer 1		
Telefonnummer 2		
Personensorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Konfession*		
Beruf*		
E-Mail*		
Sonstige Angaben		

Änderungen der relevanten persönlichen Angaben bitte unverzüglich der Leitung / dem Träger der Kindertagesstätte mitteilen.

3. Angaben über Geschwister

Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum

4. Medizinische Angaben*

Hausarzt / Hausärztin: _____

Telefon der Praxis: _____

Krankenkasse: _____

Hauptversicherte Person: _____

4.1 Chronische Krankheiten*

Asthma: Ja Diabetes: Ja
anerkannte Behinderung im Sinne des §2 Abs. 1 SGB IX: Ja

andere Krankheiten: _____

4.2 Allergien und / oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten*

Wenn ja, welche: _____

Ein Attest liegt vor: Ja Nein

4.3 Weitere medizinische Angaben* (z.B. Seh-, Hör- oder Bewegungsbeeinträchtigungen)

***Grundsätzlich gilt:** Bei notwendiger Medikamentengabe in der Kita oder einer Notfallmedikation bitte entsprechende Formulare, die von der Einrichtung ausgehändigt werden, ausfüllen und in der Kindertagesstätte hinterlegen.

Weiterer Hinweis: Für eine Zeckenentfernung nutzen Sie bitte die Vorlage der Unfallkasse:
Vereinbarung zur Entfernung von Zecken in Kitas - Unfallkasse Hessen – Ihre gesetzliche Unfallversicherung (ukh.de)

***freiwillige Angaben**

3/4

Die Ordnung für Kindertagesstätten der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau (14. Auflage) wurde zur Kenntnis genommen und wird anerkannt.

Ort, Datum

Unterschrift i.A. des Trägers

Unterschriften aller Personensorgeberechtigter *(falls beide Elternteile personensorgeberechtigt sind, bitte unbedingt beide Unterschriften)*

Anlagen zum Betreuungsvertrag

- Ordnung für Kindertagesstätten (14. Auflage)
- Impfbescheinigung / Erstaufnahme (Anlage 1)
- Einzugsermächtigung für den Elternbeitrag (Anlage 2)
- Einverständniserklärung – Recht am eigenen Bild (Anlage 3)
- Merkblatt zum Infektionsschutz