

## 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 Kontaktdaten 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**

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