



# PRE-QHD 2.1 Vertrag zur Aufnahme in die Kita



## PRE-QHD 2.1: Vertrag zur Aufnahme in die Kindertagesstätte

### Gewünschte Betreuungszeit:

- 7- Stunden-Platz (7.15-14.15 Uhr)
- 9-Stunden-Platz (7.15-16.15 Uhr)

Die Aktuellen Betreuungszeiten finden Sie in der der Kita-Ordnung und auf unserer Website [www.kita-dreilindenstein.de](http://www.kita-dreilindenstein.de)

Gewünschter Aufnahmetermin \_\_\_\_\_

### 1. Personalien des Kindes:

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Welche Sprache(n) wird/werden in der Familie gesprochen?  
\_\_\_\_\_

### 2. Sorgeberechtigt ist/ sind:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. Sorgeberechtigte(r) 1:

Familienname/ Vorname: \_\_\_\_\_

Stellung zum Kind (z.B. Mutter, Pflegestelle): \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Herkunftsland: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Freigabe Termin	Bearbeitung	Version	Datum	Seite
30.06.2021	AS	2	10.09.2018	Seite 1 von 5



# PRE-QHD 2.1 Vertrag zur Aufnahme in die Kita



Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Dienst: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Arbeitszeit von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

### 4. Sorgeberechtigt(r) 2:

Stellung zum Kind: \_\_\_\_\_

Familienname/ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Herkunftsland: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Dienst: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Arbeitszeit von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

### 5. Geschwister:

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

### 6. Gesundheit:

Name und Anschrift des Hausarztes/ Kinderarztes: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Name des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

Freigabe Termin	Bearbeitung	Version	Datum	Seite
30.06.2021	AS	2	10.09.2018	Seite 2 von 5

Überstandene Krankheiten:

---



---



---

**7. Besondere Hinweise zum Gesundheitszustand des Kindes, z.B. Allergien, chronische Erkrankungen.**

**Gibt es besondere Anforderungen an die Betreuung des Kindes, die sich aus seinem Gesundheitszustand ergeben?**

---



---



---

**8. Wer ist im Notfall zuerst zu informieren/ erreichbar:**

	Name, Vorname	Bezug zum Kind	Telefonnummer	Unterschrift
1				
2				
3				
4				

**9. Bereits besuchte Einrichtungen:**

---



---



---

**10. Besondere Absprachen:**

---



---



---

**11. Abholer**

Freigabe Termin	Bearbeitung	Version	Datum	Seite
30.06.2021	AS	2	10.09.2018	Seite 3 von 5

	Name, Vorname	Bezug zum Kind	Telefonnummer	Unterschrift
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

### 12. Datenschutz

- (1) Soweit es gesetzlich erlaubt oder angeordnet oder für die Erfüllung dieses Vertrags erforderlich ist, verarbeitet der Träger die im Zusammenhang mit dem Vertragsverhältnis anfallenden personenbezogenen Daten. Für jede darüberhinausgehende Verarbeitung der personenbezogenen Daten bedarf es der Einwilligung der Eltern.
- (2) Die Eltern haben das Recht auf Information und Auskunft, welche Daten über sie/ihn und ihres Kindes auf welcher Rechtsgrundlage zu welchem Zweck verarbeitet werden. Darüber hinaus besteht im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen insbesondere ein Recht auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung, ein Recht auf Datenübertragbarkeit und Widerspruch gegen bestimmte Datenverarbeitungsvorgänge sowie ein Recht auf Beschwerde.
- (3) Der Träger und die Mitarbeitenden der Einrichtung sind zur Verschwiegenheit sowie zur Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen verpflichtet.

### 13. Bestätigungen

Hiermit bestätige(n) ich/wir Erhalt und Kenntnisnahme

- der Kindertagesstättenordnung
- der Belehrung für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte gem. §34 Abs. 5 S. 2 Infektionsschutzgesetz IfSG
- des Eltern-Informationsblattes zu Infektionskrankheiten und Impfungen im Kindesalter
- des RKI-Impfkalenders

### 14. Gesundheitsnachweis

**Vor der Aufnahme** in die Kindertagesstätte ist der Nachweis

- über eine Impfbberatung und
- über den erforderlichen Impfschutz gegen Masern gem. § 20 Abs. 9 S. 1 Infektionsschutzgesetz durch Vorlage des Untersuchungsheftes für Kinder nach § 26 SGB V oder einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung bzw. Zeugnis zu erbringen.

Freigabe Termin	Bearbeitung	Version	Datum	Seite
30.06.2021	AS	2	10.09.2018	Seite 4 von 5



## PRE-QHD 2.1 Vertrag zur Aufnahme in die Kita



Ein Kind, für das kein Nachweis über den Impfschutz gegen Masern vorliegt, darf in der Tageseinrichtung für Kinder gem. § 20 Abs. 9 S. 6 IfSG nicht betreut werden. Satz 1 gilt nicht für Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden können.

- über vorhandene Vorerkrankungen und Allergien durch Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung zu erbringen.

### 15. Ich/Wir wurde/n ausdrücklich darauf hingewiesen, dass

Grundlage des Vertrages das jeweils gültige Kindertagesstättengesetz von Rheinland-Pfalz und die entsprechenden Ausführungsbestimmungen, sowie die Kindertagesstättenordnung und die Konzeption der Einrichtung sind.

Ich/Wir bestätige/n die Richtigkeit der Angaben und werde/n Veränderungen umgehend mitteilen.

---

Ort/Datum Unterschriften der/des Erziehungsberechtigten

Das Kind ..... wird ab dem ..... in die Kindertagesstätte aufgenommen.

---

Ort/Datum Unterschrift des Trägers

Freigabe Termin	Bearbeitung	Version	Datum	Seite
30.06.2021	AS	2	10.09.2018	Seite 5 von 5