

Betreuungsvertrag zwischen der Gemeinde Altstadt als Träger der

(Name der Einrichtung)

vertreten durch die Kita-Leitung
und den nachstehend genannten
Personensorgeberechtigten des Kindes.

| |
|-----------------------------------|
| Personensorgeberechtigter: |
|-----------------------------------|

| |
|---------|
| Straße: |
|---------|

| |
|--------------|
| PLZ/Wohnort: |
|--------------|

| |
|---------------------------------------|
| Telefon(tagsüber zu erreichen unter): |
|---------------------------------------|

| |
|-----------------------------------|
| Personensorgeberechtigter: |
|-----------------------------------|

| |
|---------|
| Straße: |
|---------|

| |
|--------------|
| PLZ/Wohnort: |
|--------------|

| |
|---------------------------------------|
| Telefon(tagsüber zu erreichen unter): |
|---------------------------------------|

| |
|------------------|
| Das Kind: |
|------------------|

| |
|----------------|
| Herkunftsland: |
|----------------|

| |
|-----------------|
| Mädchen / Junge |
|-----------------|

| |
|-------------|
| Geboren am: |
|-------------|

| |
|---------|
| Straße: |
|---------|

| |
|--------------|
| PLZ/Wohnort: |
|--------------|

Die Betreuung des Kindes erfolgt auf den Grundlagen der gesetzlichen Regelungen des § 26 KJHG „Bildungs- und Erziehungsauftrag“ und des § 8a KJHG „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“, sowie der Satzung der Gemeinde Altenstadt und der pädagogischen Konzeption.

Die nachfolgenden Anlagen sind Bestandteil des Betreuungsvertrages:

- Satzung der Gemeinde Altenstadt
- Satzung zur Bildung von Elternbeiräten
- Kindertagesstättenattest (darf nicht älter sein als 14 Tage)
Ohne ärztliche Bescheinigung, die nicht älter als 14 Tage sein darf, kann das Kind nicht in die Kindertagesstätte aufgenommen werden.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Personensorgeberechtigte

Unterschrift Kita-Leitung

**Ärztliche Bescheinigung
zur Vorlage
in der
Kindertagesstätte**

| | |
|--|---|
| Das Kind: | geboren am: |
| soll am: in der Kindertagesstätte aufgenommen werden. | |
| Ärztliche Bedenken bestehen: | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Akute ansteckende Krankheiten liegen nicht vor. | <input type="checkbox"/> |
| Der Impfstatus wurde überprüft. | |
| Das Schließen von Impflücken wurde empfohlen | <input type="checkbox"/> |
| Der Impfstatus ist vollständig | <input type="checkbox"/> |

Datum:

Unterschrift des Arztes

= zutreffendes bitte ankreuzen