

Stammdatenblatt für

Einrichtung	
Name und Vorname d. Mutter	
Name und Vorname d. Vaters	
Sorgeberechtigte/r	
Anschrift	
Telefonnummer	Festnetz: Mobil:
E-Mail (falls vorhanden)	

Name und Vorname des Kindes	
Geschlecht	
Geburtsdatum	
Muttersprache	

Betreuungszeit / Modul	
Frühdienst	
Anzahl Kinder in der Familie (unter 18)	Name: Geburtstag:
Stadtpass	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> beantragt am: genehmigt bis:
Stadtpassnummer	
Jugendhilfe Landratsamt	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> beantragt am: genehmigt bis:
Essensgutschein	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> beantragt am: genehmigt bis:
	über Landratsamt <input type="checkbox"/> über Jobcenter <input type="checkbox"/>

Eintrittsdatum	
Unterschriftsdatum (Aufnahmeheft)	
Beitrag ab	

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers

Evang. Kirchenbezirk Bernhausen, Geschäftsstelle Kindertageseinrichtungen

Anschrift des Zahlungsempfängers

Talstraße 19
70794 Filderstadt

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE95ZZZ00000034052

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger aus gefüllt)

Zahlungszweck

Der Einzug des Betreuungsgeldes (Elternbeitrag) und der Nebenleistungen (z. B. Bezug Mittagessen, Teegeld) erfolgt in Höhe und zu den Terminen, der in Ihrer Betreuungseinrichtung ausgehändigten Mitteilungen.

Name des Kindes, für das die Zahlung erfolgt

Nachname: _____ Vorname: _____

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom o. g. Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung einmalige Zahlung

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC (8 oder 11 Stellen)

IBAN

DE ____ | _____ | _____

Ort, Datum und Unterschrift (Kontoinhaber)

Dokumentation
über die Vorlage von Nachweisen
nach § 20 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Dokumentation für Kinder unter 2 Jahre

(besteht bei dem o.g. Kind eine Immunität oder es kann aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden, bitte direkt auf Seite 2 dokumentieren)

<input type="checkbox"/> Das Kind ist unter 1 Jahr alt und kann noch keine Masernschutzimpfung vorweisen
<input type="checkbox"/> Die Erziehungsberechtigten wurden darauf hingewiesen, dass die erste Masernschutzimpfung bis zum: _____ nachzuweisen ist.
<input type="checkbox"/> Der dann gültige Masernschutz wird bis zum _____ überprüft. Bei Nichtvorlage wird das zuständige Gesundheitsamt benachrichtigt. Dies wird im dafür vorgesehenen Kasten auf Seite 2 dokumentiert.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel

<input type="checkbox"/> Das Kind ist über 1 und unter 2 Jahre alt und hat den Nachweis <u>einer</u> Masernschutzimpfung vorgelegt als:
<input type="checkbox"/> Impfausweis („Impfpass“)
<input type="checkbox"/> Anlage zum Untersuchungsheft
<input type="checkbox"/> Ärztliches Zeugnis über ausreichenden Impfschutz
<input type="checkbox"/> Die Erziehungsberechtigten wurden darauf hingewiesen, dass die noch fehlende Masernschutzimpfung bis zum _____ nachzuweisen ist.
<input type="checkbox"/> Die Vollständigkeit des Impfschutzes wird bis zum _____ überprüft. Bei Nichtvorlage wird das zuständige Gesundheitsamt benachrichtigt. Dies wird im dafür vorgesehenen Kasten auf Seite 2 dokumentiert.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel

Dokumentation für Kinder über 2 Jahre und Nachweis über Immunität / Kontraindikation

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Nachweispflicht erfüllt:

Nachweis wurde vorgelegt am _____ als

- Impfausweis („Impfpass“)
- Anlage zum Untersuchungsheft
- Ärztliches Zeugnis über ausreichenden Impfschutz
- Ärztliches Zeugnis, dass eine Immunität vorliegt
- Ärztliches Zeugnis, dass aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden kann.

Angabe zur Kontraindikation: Es liegt eine dauerhafte Kontraindikation vor.

Bitte beachten Sie: Sofern eine zeitlich befristete Kontraindikation vorliegt (z.B. aufgrund einer akuten Erkrankung), ist die Nachweispflicht nicht erfüllt.

Bestätigung einer staatlichen Stelle oder der Leitung einer anderen Einrichtung im Sinne von § 20 Absatz 8 Satz 1 IfSG darüber, dass ein Nachweis bereits vorgelegen hat und zwar des/der _____

(Name und Adresse dieser Stelle/Einrichtung)

Nachweispflicht nicht erfüllt:

- Es wurde kein Nachweis bis zum _____ vorgelegt.
- Impfschutz gegen Masern ist erst zu einem späteren Zeitpunkt möglich bzw. kann erst später vervollständigt werden (z.B. bei vorübergehender Kontraindikation aufgrund von Krankheit).
- Eine Benachrichtigung des zuständigen Gesundheitsamts erfolgte daher am _____

Dokument nicht interpretierbar:

Vorgelegtes Dokument kann nicht interpretiert werden.

Die Weiterleitung einer Kopie an das zuständige Gesundheitsamt erfolgte daher am _____

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel

Einwilligungserklärung zur Erfassung von Kontaktdaten der Eltern

Name und Anschrift der Kindertageseinrichtung

Ich bin damit einverstanden, dass zum Zweck gegenseitiger Kontaktaufnahme folgende meiner Kontaktdaten

Name, Vorname

E-Mail:

Telefonnummer:

Postalische Anschrift:

in eine Kontaktliste übernommen werden und diese Liste an die anderen Eltern bzw. Personensorgeberechtigten der Kindertageseinrichtung weitergegeben wird.

Datum, Unterschrift