



**Bitte gut leserlich ausfüllen!**

Für die Einrichtung

**Stammdatenblatt**  
**Kinderarche Sachsen e.V.,**  
**integrative Kindertagesstätte „Kinderoase“ Crimmitschau**

Name des Kindes .....

Geburtsdatum ..... Aufnahme zum .....

**1. Erreichbarkeit der Sorgeberechtigten:**

Name, Vorname	Adresse	Telefon privat	Telefon dienstlich

**2. Im Notfall können bei Nichterreichbarkeit der Sorgeberechtigten folgende Personen informiert werden:**

Name, Vorname	Verwandtschaftsgrad/ Bekanntheit zum Kind Angabe freiwillig	Telefon

**3. Vollmacht für abholberechtigte Personen**

Ich/Wir bevollmächtigen hiermit folgende Personen, mein/unser Kind aus der Kindertagesstätte abzuholen:

Name, Vorname	Verwandtschaftsgrad/ Bekanntheit zum Kind Angabe freiwillig	Telefon

Falls Ihr Kind von einer hier nicht benannten Person abgeholt werden soll, ist dafür eine **schriftliche Mitteilung** mit Ihrer Unterschrift erforderlich.



4. Folgende **Besonderheiten** sind bei unserem Kind zu beachten:

**Chronische Krankheiten/ Allergien/ Unverträglichkeiten**

(Nahrungsmittel, Insektenstiche, ...)

.....

.....

**Dauerhafte Medikamente/ Notfallmaßnahmen**

(Genaue Beschreibung der Anzeichen eines eventuellen Notfalls, **Medikamentenzettel vom Arzt notwendig!**)

.....

.....

**5. Erlaubnis allein nach Hause zu gehen**

Mein/Unser Kind darf in der Regel um ..... Uhr **allein** nach Hause gehen.

**JA\***  **NEIN\***

**6. Baderlaubnis**

Mein/Unser Kind darf unter Aufsicht und bei geeigneter Wasser- und Außentemperatur baden gehen:

**JA\***  **NEIN\***

Mein Kind ist:

**SCHWIMMER\***  **NICHTSCHWIMMER\***

**7. Kopflausbefall**

Um die Verbreitung von Kopfläusen in der Kindertagesstätte schnellstmöglich zu bekämpfen, erteilen ich/wir unsere/meine Zustimmung zur gründlichen Kontrolle der Kopfhaut des Kindes durch die pädagogischen Fachkräfte.

**JA\***  **NEIN\***

Sollte ein Befall vorliegen, darf das Kind die Einrichtung erst wieder besuchen, sobald die erforderliche Behandlung erfolgt ist und dies von den Sorgeberechtigten bestätigt wurde. Im Einzelfall behalten wir uns die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung vor.

**8. Sonnenschutz/Wetterschutz**

Mein/Unser Kind darf mit handelsüblicher Sonnencreme und Fettcreme als Wetterschutzcreme eingecremt werden. Bei Überempfindlichkeit gegenüber besonderen Inhaltsstoffen stelle/n ich/wir selbst alternative Präparate zur Verfügung.

**JA\***  **NEIN\***

\*Zutreffendes bitte ankreuzen!

Diese Einwilligungen dürfen von mir/uns jederzeit schriftlich und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

**Mit unserer Unterschrift bestätige/n ich/wir die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Änderungen werden wir unverzüglich mitteilen.**

Ort/ Datum .....

.....  
**Unterschrift**  
Personensorgeberechtigte

.....  
**Unterschrift**  
Personensorgeberechtigter