

Stammdaten (F)

Kundenr.:

Angaben zur Schülerin/zum Schüler		
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Familiensprache:	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers		
Anschrift (Str./PLZ/Ort):		
Kind lebt bei <input type="checkbox"/> den Eltern <input type="checkbox"/> der Mutter <input type="checkbox"/> dem Vater <input type="checkbox"/> bei anderen Personensorgeberechtigten		
Erklärung zur Personensorge		
<input type="checkbox"/> Das Sorgerecht wird gemeinsam ausgeübt		
<input type="checkbox"/> Das Sorgerecht wird von nur einem Personensorgeberechtigten ausgeübt		
<input type="checkbox"/> Das Aufenthaltsbestimmungsrecht hat		
<input type="checkbox"/> die Mutter		
<input type="checkbox"/> der Vater		
Sollte nur ein Elternteil sorgeberechtigt sein oder das Aufenthaltsbestimmungsrecht haben, so ist dies durch einen geeigneten Nachweis (z.B. gerichtliche Entscheidung) nachzuweisen.		
Personensorgeberechtigte/r 1		
Name:	Vorname:	
Stellung zum Kind (z.B. Mutter/Vater/ ...)		
<input type="checkbox"/> berufstätig		
Anschrift (Str./PLZ/Ort):		
Telefonnummern:		
privat:	mobil:	dienstl.:
E-Mail:		
Personensorgeberechtigte/r 2		
Name:	Vorname:	
Stellung zum Kind (z.B. Mutter/Vater/ ...)		
<input type="checkbox"/> berufstätig		
Anschrift (Str./PLZ/Ort):		
Telefonnummern:		
privat:	mobil:	dienstl.:
E-Mail:		

Stammdaten (F)

Kundenr.:

Weitere Angaben
Gesundheitszustand der Schülerin/des Schülers
Bei meinem/unserem Kind liegen Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Besonderheiten vor, die seinen Gesundheitszustand beeinflussen können. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bei x Ja, sind die nachfolgenden Informationen zwingend notwendig:
<input type="checkbox"/> Mein Kind nimmt eigenverantwortlich nachfolgendes Medikament ein: _____
Die Mitarbeitenden der Einrichtung dürfen dem Kind grundsätzlich keine Medikamente verabreichen!
Allergien, Besonderheiten: _____
Weitere Beeinträchtigung/en: _____
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeit: _____
Nahrungsmittelunverträglichkeiten sind per Attest nachzuweisen. Bitte beachten Sie, dass wir nicht überwachen, welche Lebensmittel ihr Kind während des Tagesablaufs zu sich nimmt.
Mein Kind hat die gesetzlich vorgeschriebenen Impfungen gegen Masern erhalten. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Der Nachweis wurde vorgelegt: am _____ eingesehen von _____ Datum Unterschrift Mitarbeitende
Ernährungsbesonderheiten:
<input type="checkbox"/> Vegetarier <input type="checkbox"/> kein Schweinefleisch <input type="checkbox"/> Anderes: _____
Kostenübernahme (freiwillige Angabe)
<input type="checkbox"/> Ich beabsichtige einen Antrag auf Übernahme der Betreuungskosten zu stellen. <input type="checkbox"/> Ich beabsichtige, einen Antrag auf Übernahme/Zuschuss zum Mittagessen zu stellen. Die Mitarbeiter der ASB-Einrichtung sind nicht für die Antragstellung zuständig! Der Antrag muss von den Personensorgeberechtigten gestellt werden.

KJS LV 2020.02.25, 005 ID 4705

Stammdaten (F)

Kundenr.:

- ☒ Teilen Sie uns Änderungen der Telefonnummern unverzüglich mit!
- ☒ Dauerhafte Änderungen müssen schriftlich erneut bekannt gegeben werden!

Telefonnummern für den Notfall:			
Person:	Mobil:	Dienstl.:	Privat:
Person:	Mobil:	Dienstl.:	Privat:
Person:	Mobil:	Dienstl.:	Privat:
Person:	Mobil:	Dienstl.:	Privat:

Ort, Datum

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten 1

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten 2