



Denn nur wer Freunde hat, ist nie allein !

Aufnahmevertrag / Ordnung

Finkennest

Silke Fink

In den Mühlwiesen 7

64372 Ober-Ramstadt / Nieder-Modau

Tel.: 06154-51320 oder 0171-2044903

Im Fall nicht zumutbarer Belastung kann nach den Vorschriften des Kinder – Jugendhilfegesetzes (KJHG 90 , 3 und 4) ein Teil oder die Übernahme des Elternbeitrags beim Jugendamt oder Sozialamt beantragt werden .

Kündigung :

Kündigungen müssen schriftlich erfolgen . Kündigungszeit ist immer zum Ende des übernächsten Monats.

Kinder die im Herbst in den Kindergarten kommen und nicht bis zur allgemeinen Entlassung in der Kindergruppe bleiben sollen (Entlassung ist der Vertrag des Kindergarteneintritts) Müssen zum 28.2. d. Jahres abgemeldet sein und die Einrichtung zum 1.5.verlassen , damit der Platz neu vergeben werden kann .

Erkrankung / Fehlen

Falls das Kind oder ein Angehöriger der Familie an einer übertragbaren Krankheit im Sinne der §§44 ff. Bundesseuchengesetz erkrankt ist oder sich der Verdacht einer solchen Krankheit ergibt , muss das Kind sofort vom Besuch der Einrichtung zurückgehalten werden .

Fehlen

Das Fehlen des Kindes ist zu entschuldigen .

Aufsicht

Die Verantwortung für den Weg von und zur Einrichtung liegt bei den Personenberechtigten. Die Aufsichtspflicht der Mitarbeiter / innen erstreckt sich auf die Zeit des Aufenthaltes des Kindes in der Einrichtung.

Versicherung

Jedes Kind muss Krankenversichert sein. Alle Unfälle die auf dem Weg zu und von der Einrichtung eintreten sind nicht versichert.

Sprechzeiten

Termin nach Absprache

Bezahlung

Per Bankverbindung

Aufnahmevertrag

Ich erkenne die Ordnung der Krippe / Krabbelstube an.

Träger : Silke Fink , 64372 Ober – Ramstadt / Nieder – Modau
In den Mühlwiesen 7, 06154 – 51320

Das Kind

Vorname

Nachname geb . am

Ist in der Einrichtung aufgenommen .

Vereinbarte Betreuungszeit: von bis

Mittagsversorgung

Ort, Datum

Unterschrift eines Personensorgeberechtigten

Unterschrift des Trägers

Betreuungszeiten

Unser / Mein Kind

Vorname :.....

Nachname :.....

Geb: :.....

besucht die Einrichtung

in den Zeiten von :(Wochentage sowie Uhrzeiten angeben)

Unterschrift des Erziehungsbe.

**Unterschrift der
Leitung**

Personalbogen

Zuname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Konfession

Strasse

PLZ / Wohnort

Angaben über die Personensorgeberechtigten

Name der Mutter

Name des Vaters

Im Notfall telefonisch erreichbar

Privat

Dienstlich

Impfungen :

Tetanus : 1. am 2. am 3. am

Besonderheiten der körperlichen und geistigen Entwicklung (z. B. Diabestes ,
Krampfleiden , Allergien usw.)

Anschriften

Kinderarzt / Hausarzt

Telefon

Krankenkasse
Versicherte / Versicherter

Ort , Datum

Unterschrift des Personensorgeberechtigten

Einzugsermächtigung

Hiermit bevollmächtige ich , die oben genannte Einrichtung bis spätestens 25. jeden Monats den Beitrag für die Krippe / Krabbelstube von meinem Konto abzubuchen .

Geldinstitut :

Bankleitzahl :

Kontonummer .

Inhaber des Kontos :

Betrag :

Ort, Datum

Unterschrift des Personensorgeber.
und des Kontoinhabers