

Vertrag zwischen dem

IB Südwest gGmbH Region Nord/Süd

Ganztags- Homberg/ Ohm—Grundschule Hochstraße 11,35315 Homberg/ Ohm

Einrichtung

und

Name der/s Erziehungsberechtigten

für

Name des Kindes

Vertragsform		
Ganztagsangebot	07.00-14.30 Uhr (Angebot A)	7.00-16.30 Uhr (Angebot B)

Beginn des Vertrages: _____

Debitorennummer: _____

Kind

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ weiblich männlich

Straße, PLZ Ort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Herkunftsland: _____

Geschwister: _____

Welche Geschwister besuchen ebenfalls einen Kindergarten oder Hort: _____

Mein Kind hat bereits folgende Einrichtung besucht: _____

Personen- sorgeberechtigte/r 1

Personen- sorgeberechtigte/r 2

Name: _____ Name: _____

Vorname: _____ Vorname: _____

Beruf _____ Beruf _____

Straße: _____ Straße: _____

PLZ, Ort: _____ PLZ, Ort _____

Telefon privat: _____ Telefon privat: _____

Telefon mobil: _____ Telefon mobil: _____

Telefon dienstlich: _____ Telefon dienstlich: _____

Email: _____ Email: _____

Personensorgeberechtigte/r: _____

Ich bin bei folgender Versicherung haftplichtversichert: _____

Kinderarzt: _____

Krankenkasse: _____

Mein Kind ist Vegetarier: Ja Nein

Mein Kind hat folgende
Nahrungsmittelunverträglichkeiten / darf
folgende Lebensmittel nicht essen:
(z.B. Gelatine/Schweinefleisch)

Sonstige Unverträglichkeiten oder
Besonderheiten:
(z.B. Allergien, regelmäßige Medikamenteneinnahme)

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind
an Ausflügen teilnimmt: Ja Nein

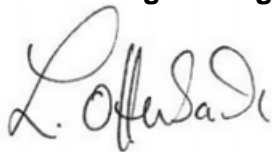
Mein Kind darf an Schwimmausflügen
teilnehmen: Ja Nein

Mein Kind ist
Schwimmer/in Nichtschwimmer/in

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind
nach Absprache mit den Betreuer/innen
alleine die Einrichtung verlässt Ja Nein

- Ich verpflichte mich, die Leitung sofort zu informieren, falls mein Kind an einer übertragbaren Krankheit erkrankt ist (siehe Merkblatt IFSG §34).
- Ich verpflichte mich, bei Änderungen der Adresse, der Telefon- und Handynummer sowie der Wohnsituation des Kindes die Leitung des Ganztagsangebots sofort zu informieren.

Ich habe die Vertragsbedingungen erhalten und bin damit einverstanden.



Datum und Unterschrift
IB Vertretungsberechtigte/r

Datum und Unterschrift
Personensorgeberechtigte/r