

Eltern- und Kindesdatenerfassung der Stadt Eisenhüttenstadt

Aufnehmende Kita:

(Zum Verbleib in der Kita)

Kind - Familienname		Vornamen (Rufname unterstreichen)		Geschlecht	
				<input type="checkbox"/>	männlich
				<input type="checkbox"/>	weiblich
		(bitte ankreuzen)			
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort		
Geburtsdatum	Geburtsort				
Staatsangehörigkeit			Religion		

Mutter	Familienname		Vorname		
	Straße, Hausnummer		PLZ	Ort	
	Telefon Festnetz		Telefon mobil	Telefonnummer tagsüber	
	Fax		E-Mail		
Vater	Familienname		Vorname		
	Straße, Hausnummer		PLZ	Ort	
	Telefon Festnetz		Telefon mobil	Telefonnummer tagsüber	
	Fax		E-Mail		
Sorgeberechtigte					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	beide	Mutter	Vater	(bitte ankreuzen)	
Weitere, im Notfall zu benachrichtigende Personen:					
Name:					
Adresse:					
Telefon:					
Abholberechtigte:					
Name:			Name:		
Adresse			Adresse:		

weitere Angaben zum Kind (bitte ankreuzen)	
Gewohnheiten meines Kindes	
Essen und Trinken: keine Besonderheiten: <input type="checkbox"/> Besonderheiten:	
Schlafen: keine Besonderheiten: <input type="checkbox"/> Besonderheiten:	
Spiel: keine Besonderheiten: <input type="checkbox"/> Besonderheiten:	
Sauberkeit: keine Besonderheiten: <input type="checkbox"/> Besonderheiten:	
Körperpflege: keine Besonderheiten: <input type="checkbox"/> Besonderheiten:	
Gesundheit: keine Besonderheiten: <input type="checkbox"/> Besonderheiten:	
Schwangerschaft und Geburt: keine Besonderheiten: <input type="checkbox"/> Besonderheiten:	
Adresse und Telefon des Hausarztes	
Krankenkasse	
Mein Kind ist anfällig für folgende Erkrankungen:	
Wie reagiert Ihr Kind auf Fieber und erhöhte Temperatur?	
Welche ansteckenden Krankheiten hatte Ihr Kind?	
Masern <input type="checkbox"/>	Windpocken <input type="checkbox"/>
Röteln <input type="checkbox"/>	Keuchhusten <input type="checkbox"/>
Mumps <input type="checkbox"/>	andere: <input type="text"/>
Bekannte Krankheiten:	
Ist der Impfstatus Ihres Kindes dem Alter entsprechend vollständig?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Allergien	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:
Einnahme von Medikamenten	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche:

Schwerbehinderung	nein			ja		
	Wenn ja, welche:					
Grad der Behinderung:				<input type="text"/>		
Pfleigestufe:				<input type="text"/>		
Aktuelle Therapien:						
Logopädie:			<input type="text"/>	Physiotherapie:		<input type="text"/>
Ergotherapie:			<input type="text"/>	sonstige:		<input type="text"/>
Ist ihr Kind ein Integrationskind?	nein			ja		
Wenn ja, Förderschwerpunkte:						

Geschwister ihres Kindes in einer Einrichtung

Lfd. Nr.	Familienname	Vorname	Grundschule	Geburtsdatum
1				
2				
3				

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung sind bei notwendiger ärztlicher Versorgung berechtigt den Hausarzt bzw. die Rettungsstelle aufzusuchen.

Bitte ankreuzen:

	ja			nein	
--	----	--	--	------	--

Hiermit erteile/n ich/wir* meinem/unserem Kind innerhalb und außerhalb der Einrichtung eine Badeerlaubnis.

Bitte ankreuzen:

	ja			nein	
--	----	--	--	------	--

Ich/Wir * bin/sind damit einverstanden, dass Fotos meines/unseres Kindes für Einrichtungs- und Medienzwecke verwendet werden dürfen.

Bitte ankreuzen:

	ja			nein	
--	----	--	--	------	--

Ich/Wir * wurde/n darüber belehrt, dass aus Datenschutzgründen nur persönliche Fotos oder Daten aus dem Kita-Alltag in öffentlichen Netzwerken verbreitet werden dürfen.

Bitte ankreuzen:

	ja			nein	
--	----	--	--	------	--

Ich/Wir * bin/sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind an Einrichtungsaktivitäten mit öffentlichen Verkehrsmitteln teilnehmen darf.

Bitte ankreuzen:

	ja			nein	
--	----	--	--	------	--

Ich/Wir* bin/sind damit einverstanden, dass die Kontakterzieherin den Entwicklungsstand meines/unseres Kindes beobachtet und dokumentiert.

Bitte ankreuzen:

	ja			nein	
--	----	--	--	------	--

Uns wurde die Hausordnung der Kita zur Kenntnis vorgelegt.

Die Angaben sind vollständig und richtig.

Änderungen teile/n ich/wir* umgehend und unaufgefordert mit.

* Nichtzutreffendes streichen

Die Erhebung und die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt auf der Grundlage der §§ 61 bis 68 SGB VIII - Kinder- und Jugendhilfegesetz - des § 35 SGB I sowie der §§ 67 bis 85a SGB X i.V.m. dem Brandenburgischen Datenschutzgesetz.

	Ort, Datum	Unterschrift
Mutter		
Vater		