

STAMMDATEN

Alle Angaben sind unbedingt in Druckbuchstaben

erforderlich Sämtliche nachträgliche Änderungen sind schriftlich mitzuteilen und nur mit der Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten zulässig

1) Angaben zur Schülerin/zum Schüler:	
Name:	Vorname:
Adresse:	
Geburtsdatum:	Nationalität:
Krankenversicherung:	Familienversichert durch:
Klasse:	Konfession:
2) Angaben zum Gesundheitszustand der Schülerin/des Schülers:	
Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten:	
Masernschutzimpfung u. letzte Tetanusimpfung:	
3) Angaben zu den Eltern/Sorgeberechtigten: (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Kind lebt bei der Mutter	<input type="checkbox"/> Kind lebt bei dem Vater
<input type="checkbox"/> allein erziehend <input type="checkbox"/> berufstätig	<input type="checkbox"/> allein erziehend <input type="checkbox"/> berufstätig
Name der Mutter:	Name des Vaters:
Vorname:	Vorname:
Wohnort:	Wohnort:
Straße:	Straße
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
E-Mail:	E-Mail:
Tel.-Nr. Privat:	Tel.-Nr. Privat:
Tel.-Nr. Mobil:	Tel.-Nr. Mobil:
Tel.-Nr. Dienstl.:	Tel.-Nr. Dienstl.:



4) Erklärung für den Nachhauseweg und Abholberechtigung:

Name des Kindes:

1. Außer den im Vertrag angegebenen Eltern/Sorgeberechtigten sind ausschließlich auch folgende Personen abholberechtigt:

(Abholberechtigte Personen müssen sich im Zweifelsfalle gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der ZKJF MK gGmbH ausweisen können.)

Name:	Vorname:
Name:	Vorname:
Name:	Vorname:
Name:	Vorname:
Name:	Vorname:

2. Mein Kind darf nach Ende der Betreuungszeit alleine nach Hause gehen:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

ja

nein

3. Ggf. besondere Informationen/Absprachen bezüglich der Abholberechtigung:

5) Einverständniserklärung zur Teilnahme an Aktivitäten: (Zutreffendes bitte ankreuzen):

1. Betreute Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel in Kleingruppen

ja

nein

2. Betreute Ausflüge in Kleingruppen

ja

nein

6) Im Notfall sind außer den Eltern/Sorgeberechtigten telefonisch zu erreichen:

Name:	Telefon:
Name:	Telefon:
Name:	Telefon:
Name:	Telefon:

Sonstige Angaben:

7) Kinder- oder Hausarzt:

Name/Art des Arztes:	Telefon:
----------------------	----------