



www.eppelheim.de



Anmeldung für einen Platz in der Kernzeitbetreuung

An

Kernzeit Theodor-Heuss-Schule, Schulstr. 4, 69214 Eppelheim

Kernzeit Friedrich-Ebert-Schule, Maximilian-Kolbe-Weg 1, 69214 Eppelheim

(bitte in der jeweiligen Einrichtung abgeben)

Hiermit melde ich mein Kind ab dem in folgender Einrichtung an:

- ◇ Kernzeitbetreuung Theodor-Heuss-Grundschule (7.00-14.00 Uhr)
- ◇ Kernzeitbetreuung Friedrich-Ebert-Grundschule (7.00 bis 14.00 Uhr)

1. Angaben über das Kind

Name: _____ Vorname: _____

Geb. am: _____ in: _____

Wohnort und Straße: _____

2. Angaben über die Erziehungsberechtigten

Name der Mutter: _____

Geb. am: _____ Beruf: _____

Wohnort u. Straße: _____ Telefonnr.: _____

Arbeitsstätte: _____ Dienstl.Tel.: _____

eMail-Adresse: _____ Handynummer: _____

Alleinerziehend	ja/nein
Zur Zeit berufstätig:	halbtags/ganztags
Berufstätigkeit geplant:	ja/nein

Name des Vaters: _____

Geb. am: _____ Beruf: _____

Wohnort u. Straße: _____ Telefonnr.: _____

Arbeitsstätte: _____ Dienstl.Tel.: _____

eMail-Adresse: _____ Handynummer: _____

Alleinerziehend ja/nein
Zur Zeit berufstätig: halbtags/ganztags
Berufstätigkeit geplant: ja/nein

3. Kindergeldberechtigte Geschwister

Vorname: _____ geb. am: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

Vorname: _____ geb. am: _____

Für Hort- und Kernzeit-Anmeldungen:

- Ich verzichte auf Angaben zum Einkommen und bin bereit den Höchstbeitrag zu zahlen
- Ich lege einen Einkommensnachweis der Anmeldung bei
 - Lohn- und Gehaltsbescheinigung (der letzten drei Monate)
 - Nachweis über sonstige Einnahmen (z.B. Mieteinnahmen, Unterhaltszahlungen) – Kindergeld wird nicht angerechnet

Die Bezahlung des Beitrages erfolgt monatlich im voraus.

- Ich zahle den Beitrag selbst an die Stadtkasse Eppelheim
- Ich lassen den Beitrag monatlich im voraus einziehen. In diesem Falle lege ich die Einzugsermächtigung bei

Ich versichere / wir versichern, dass ich / wir alle der Familie zufließenden Einnahmen angegeben und nachgewiesen habe/haben. Mir ist bekannt, dass ich jede Änderung meiner / unserer Einkommensverhältnisse unverzüglich dem Bürgermeisteramt melden muss.

Ich erkenne die Benutzungsordnung und die Entgeltordnung in der jeweils gültigen Fassung an.

Datum und Unterschrift der/s Erziehungsberechtigten

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER

Die Stadt Eppelheim - Stadtkasse - wird jederzeit widerruflich ermächtigt, die von mir zu entrichtende/n

Kernzeitbetreuung T-H-S	Buchungszeichen	5.0230._____
Kernzeitbetreuung F-E-S	Buchungszeichen	5.0230._____
Schülerhort	Buchungszeichen	5.0232._____
Tagheim	Buchungszeichen	5.0235._____
Kindergartenbeitrag	Buchungszeichen	5.0241._____

bei Fälligkeit zu Lasten des Kontos bei

Kreditinstitut: _____

BLZ: _____ Konto-Nummer: _____

Kontoinhaber (falls abweichend) _____

ab sofort / ab dem _____ mittels Lastschrift einzuziehen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

NAME, ANSCHRIFT, TELEFONNUMMER

Die Stadt Eppelheim - Stadtkasse - wird jederzeit widerruflich ermächtigt, die von mir zu entrichtende/n

Kernzeitbetreuung T-H-S	Buchungszeichen	5.0230._____
Kernzeitbetreuung F-E-S	Buchungszeichen	5.0230._____
Schülerhort	Buchungszeichen	5.0232._____
Tagheim	Buchungszeichen	5.0235._____
Kindergartenbeitrag	Buchungszeichen	5.0241._____

bei Fälligkeit zu Lasten des Kontos bei

Kreditinstitut: _____

BLZ: _____ Konto-Nummer: _____

Kontoinhaber (falls abweichend) _____

ab sofort / ab dem _____ mittels Lastschrift einzuziehen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Wichtige Informationen für die Einrichtung

Bitte dieses Infoblatt mit dem Eintritt in die Einrichtung der jeweiligen Gruppe vorlegen. Das Blatt verbleibt bei der Gruppe und wird nicht an Dritte weitergereicht.

1. Angaben über das Kind

Name: _____ Vorname: _____

Geb. am: _____ in: _____

Wohnort und Straße: _____

Krankenkasse u. Versicherungsnr. _____

2. Angaben über die Erziehungsberechtigten

Sorgeberechtigt beide Mutter Vater Vormund

Name des Vaters: _____

Wohnort u. Straße: _____ Telefonnr.: _____

email-Adresse: _____ Handynummer: _____

Tagsüber (ggf. Zeiten angeben) erreichbar unter:

Name der Mutter: _____

Wohnort u. Straße: _____ Telefonnr.: _____

email-Adresse: _____ Handynummer: _____

Tagsüber (ggf. Zeiten angeben) erreichbar unter:

3. Sonstige Angaben

Mein Kind darf nach Kernzeitende alleine nach hause gehen ja nein

Mein Kind darf schwimmen gehen ja nein

Allergien gegen: _____

Krankheiten (z.B. Diabetes, Krampfleiden...) _____

Medikamenteneinnahme erforderlich (falls ja, bitte zusätzlich Medikamentenverabreichungsbogen ausfüllen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Letzte Tetanusimpfung erfolgte am: _____		
Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass meinem Kind ggf.		
Desinfektionsspray	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflaster	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Brandsalbe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Insektenstichsalbe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zecke (entfernt wird) verabreicht wird.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges (z.B. ADHS...) _____		

4. Wichtige Anschriften

Kinderarzt: _____ **Tel:** _____

Folgende Personen sind außer den sorgeberechtigten Eltern berechtigt, das Kind abzuholen:

Namen (mit Telefonnr.):

- _____
- _____
- _____
- _____

5. Datenschutz

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere **Telefonnummer** auf einer Liste den anderen Eltern zugänglich gemacht wird. ja nein

Telefonnummer: _____

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass mein Kind während der Betreuungszeit **fotografiert** bzw. gefilmt werden darf. Die entstandenen Aufnahmen dürfen vervielfältigt und an Dritte (z.B. Presse), jedoch nicht zu kommerziellen Zwecken, weitergegeben werden.

ja nein

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die Fotos auf unserer Kinderhausseite (www.postillion.org) ins **Internet** gestellt werden. ja nein

Ort, Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten



Medikamentenverabreichung

Hiermit erteile/n ich/ wir dem Team der Einrichtung _____
den Auftrag meinem/ unserem Kind _____
folgende ärztlich verordnete Medikamente während des Aufenthalts in der Einrichtung
zu verabreichen.

Es liegt vor:

- Allergie, welche _____
- Erkrankung, welche _____
- Sonstiges _____

Name des Medikaments:

Art und Umfang der Dosierung:

Zeitpunkt der Einnahme:

Achtung: Ist die Einnahme von Antibiotika erforderlich, darf Ihr Kind die Einrichtung erst wieder besuchen, wenn diese bereits über mindestens drei Tage erfolgt ist.

Eine Haftung wird weder bei falscher Anwendung/Verabreichung durch die MitarbeiterInnen übernommen noch bei falscher Anweisung durch den Arzt oder die Eltern.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Kinder- und Jugendhilfe im Rhein-Neckar-Kreis
Anerkannter Träger der Jugendhilfe gem. §75 SGB VIII.
Mitglied im Kreisjugendring Rhein-Neckar, der Internationalen Gesellschaft für erzieherische Hilfen, dem Verband Kindertagesstätten der Schweiz.
Vom Finanzamt Heidelberg als gemeinnützig anerkannt
(Steuer Nr. 32489/41467); Eintragung ins Registergericht Heidelberg (VR 1407)

Vorstand: Stefan Lenz (Geschäftsführender Vorsitzender), Christian Sauter

Postillion e.V., Eichenweg 5, 69259 Wilhelmsfeld,
www.postillion.org