

## BETREUUNGSVERTRAG (HESSEN)

Zwischen  
**dem Träger der Kindertagesstätte:**

.....  
.....  
**und den Personensorgeberechtigten:**

Name, Vorname

Name, Vorname

**für das Kind:**

Name, Vorname

Geburtsdatum

**in der Ev. Kindertagesstätte:**

Name, Adresse und Kontaktdataen der Kindertagesstätte:

wird ab dem ..... für die Aufnahme in \* Krippe / Altersgeöffnete Gruppe /  
Regelgruppe ab dem 3. Lebensjahr / Hort dieser Betreuungsvertrag geschlossen. (\* Nichtzutreffendes streichen)

Betreuungsmodul: .....

Gesamtwochenstunden / Tage: .....

Verpflegung / Wochentage: .....

Die entsprechenden **Beiträge und Betreuungsmodule** entnehmen Sie bitte der aktuellen Gebührenübersicht in der Kita.

Der Vertrag endet regulär:  im Jahr der Einschulung  zum ..... (Entlassungsdatum)

# PERSÖNLICHE ANGABEN

## 1. Angaben über das Kind

Name: .....

Vorname: .....

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Staatsangehörigkeit: ..... Religionszugehörigkeit: .....

In der Familie vorwiegend gesprochene Sprache: .....

Anschrift des Kindes: .....

## 2. Angaben über die Eltern / Personensorgeberechtigte

	1. Elternteil	2. Elternteil
Anrede		
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Ausländische Herkunft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Herkunftsland* .....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Herkunftsland* .....
Anschrift		
Telefonnummer 1		
Telefonnummer 2		
Personensorgeberechtigt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Konfession*		
Beruf*		
E-Mail*		
Sonstige Angaben		

Änderungen der relevanten persönlichen Angaben bitte unverzüglich der Leitung / dem Träger der Kindertagesstätte mitteilen.

### 3. Angaben über Geschwister

Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum
Name, Vorname	Geburtsdatum

#### 4. Medizinische Angaben\*

Hausarzt / Hausärztin: .....

Telefon der Praxis: .....

Krankenkasse: .....

Hauptversicherte Person: .....

## 4.1 Chronische Krankheiten\*

Asthma:  ja Diabetes:  ja  
anerkannte Behinderung im Sinne des §2 Abs. 1 SGB IX:  ja

andere Krankheiten:

## 4.2 Allergien und / oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten\*

Wenn ja, welche: .....

Ein Attest liegt vor:  ja  nein

#### 4.3 Weitere medizinische Angaben\* (z.B. Seh-, Hör- oder Bewegungsbeeinträchtigungen)

**\*Grundsätzlich gilt:** Bei notwendiger Medikamentengabe in der Kita oder einer Notfallmedikation bitte entsprechende Formulare, die von der Einrichtung ausgehändigt werden, ausfüllen und in der Kindertagesstätte hinterlegen.

**Weitere Hinweise:** Im Rahmen der Erste-Hilfe Erstversorgung dürfen Fachkräfte in der Kindertagesstätte auch Zecken oder Splitter entfernen (siehe auch unter 3.5.3 der Ordnung)

\* freiwillige Angaben

Die Ordnung für Kindertagesstätten der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau (13. Auflage) wurde zur Kenntnis genommen und wird anerkannt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift i.A. des Trägers

---

Unterschriften aller Personensorgeberechtigter *(falls beide Elternteile personensorgeberechtigt sind, bitte unbedingt beide Unterschriften)*

---

**Anlagen zum Betreuungsvertrag**

- Ordnung für Kindertagesstätten (13. Auflage)
- Impfbescheinigung / Erstaufnahme (Anlage 1)
- Einzugsermächtigung für den Elternbeitrag (Anlage 2)
- Einverständniserklärung – Recht am eigenen Bild (Anlage 3)
- Merkblatt zum Infektionsschutz

