

## BETREUUNGSVERTRAG (HESSEN)

Zwischen

**dem Träger der Kindertagesstätte:**

.....  
.....

**und den Personensorgeberechtigten:**

.....  
Name, Vorname

.....  
Name, Vorname

**für das Kind:**

.....  
Name, Vorname

**in der Ev. Kindertagesstätte:**

Name, Adresse und Kontaktdaten 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: .....

.....

.....

Personensorgeberechtigte / Abholberechtigte **im Notfall** erreichbar (Änderungen bitte unverzüglich mitteilen):

Name: .....

Telefon: .....

mobil: .....



Name: .....

Telefon: .....

mobil: .....



Name: .....

Telefon: .....

mobil: .....



Weitere Personensorgeberechtigte / Abholberechtigte **im Notfall** erreichbar (Änderungen bitte unverzüglich mitteilen):

Name: .....

Telefon: .....

mobil: .....

Bild einfügen



## 2. Angaben über die Eltern / Personensorgeberechtigte

	1. Elternteil	2. Elternteil
Anrede		
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
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

## 4. Medizinische Angaben

Hausarzt / Hausärztin\*: .....

Telefon der Praxis\*: .....

Krankenkasse\*: .....

Hauptversicherte Person\*: .....

\* freiwillige Angaben

