

Anmeldung zur KiWi-Ferienbetreuung in Verbindung mit der Kita – Willingen

Hiermit melde ich meinen Sohn/ meine Tochter

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße u. Hausnr.: _____

PLZ und Wohnort: _____

Geb. Datum: _____ Geschlecht: _____ Konfession: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Schule: _____ Klasse: _____

verbindlich zur KiWi-Ferienbetreuung in folgenden Wochen an

- 1. Woche: 08. bis 12.07.2019
- 2. Woche: 15. bis 19.07.2019

Die Kosten betragen 45,- Euro pro Woche inkl. Frühstück

Mein Kind nimmt am Frühstück teil (8 Uhr)

- Ja
- Nein

Ich melde mein Kind außerdem zum Mittagessen in der gebuchten Woche an (15,- Euro pro Woche)

- Ja
- Nein

Daten der Erziehungsberechtigten:

Alleinerziehend () Ja () Nein

Angaben der Mutter

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße u. Hausnr.: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefonnummer: _____ Dienstl./ Handy: _____

Email: _____

Angaben des Vaters

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße u. Hausnr.: _____

PLZ und Wohnort: _____

Telefonnummer: _____ Dienstl./ Handy: _____

Email: _____

Für die Gültigkeit Ihrer **verbindlichen Anmeldung** zahlen Sie bitte bis zum 30. April den / die **Wochenbeitrag /-beiträge** auf das Konto

•DE31 5206 0410 0001 1001 06 bei der Evangelischen Bank in Kassel

Verwendungszweck: Stichwort: KiWi 2019 und Name des Kindes

Bei kurzfristigem Rücktritt entstehen Stornogebühren.

Wichtige Erklärungen

Meine Tochter / mein Sohn ist angewiesen worden, den Anordnungen der Verantwortlichen Folge zu leisten und nicht ohne Aufsicht die Gruppe zu verlassen.

Haftung bei selbstständigen Unternehmungen, die nicht von den Mitarbeiter/innen angesetzt sind, übernimmt der/die Erziehungsberechtigte selbst.

Ich versichere, dass er/sie an keiner ansteckenden Krankheit leidet.

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos, die im Verlauf der Betreuungszeit entstehen, im Rahmen der kirchlichen Öffentlichkeitsarbeit im Gemeindebrief (auch Internetausgabe) ohne namentliche Kennzeichnung veröffentlicht werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Angaben für ärztliche Hilfe

Wurde das Kind gegen Wundstarrkrampf geimpft? Ja () Nein ()
Wenn ja, wann? _____

Krankenversicherung

Name des Versicherten:

Krankenversicherung (z.B. AOK):

Arbeitgeber des Versicherten:

Hausarzt

Name:

Straße:

Ort:

Telefonnummer:

(wenn nötig bitte dem Kind die Versicherungskarte mitgeben)

Worauf ist besonders zu achten? (Medikamente? Chronische Krankheiten? Allergien?)
