

Einverständniserklärung

Ich/wir, _____

sorgeberechtigt für das Kind _____

bin / sind damit einverstanden, dass

1. der Waldkindergarten „DIE WALDRACKER“ e.V. und seine Mitarbeiter/Innen für witterungsbedingte Erkrankungen durch Infektionen (u.a. FSME-Infektion, Borreliose, alveoläre Echinokokkenkrankheit (Fuchsbandwurm), übertragbare Kinderkrankheiten usw. sowie für in diesem Zusammenhang auftretende Folgen keine Haftung übernehmen,
2. bei Wespen- und Bienenstichen, sonstigen juckende Ausschläge (z.B. durch Brennnessel) oder bei Hautverletzungen sowie Zeckenbefall, Soforthilfe (entfernen der Zecke, auftragen von Salben) durch die Mitarbeiter/Innen geleistet werden darf,
3. wenn das o.g. Kind bei Allergien oder sonstigen Krankheiten ärztlich verordnete Medikamente einnehmen muss, im Notfall sowie bei Regelmäßigkeit, die Mitarbeiter/Innen berechtigt sind, dies zu überwachen und Soforthilfe zu leisten,
4. meinem Kind folgende homöopathische Mittel verabreicht werden dürfen:
 - Arnica D6: bei Verletzungen, Prellungen, Beulen und anderen blutenden oder stumpfen Verletzungen

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 - Apis D6 bei Bienen- oder Wespenstichen

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige/n ich/wir außerdem, dass ich/wir die unten genannten Merkblätter gelesen und zur Kenntnis genommen habe/n sowie den umseitigen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe/n:

- Merkblatt über Borreliose, FSME und Fuchsbandwurm
- Belehrung für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte (Infektionsschutzgesetz)

Ort, Datum, Unterschrift

Fragebogen zur Erreichbarkeit und Informationen zur Gesundheit

Name, Vorname des Kindes geboren am

Name, Vorname der Mutter

Name, Vorname des Vaters

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

Arbeitsplatz der Mutter

Firma Telefon

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

Arbeitsplatz des Vaters

Firma Telefon

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

1. Notruf an

2. Notruf an

Name Telefon Name Telefon

Hausarzt

Kinderarzt

Name Telefon Name Telefon

Leidet Ihr Kind unter Krankheiten, die besonderer Maßnahmen bedürfen, z.B. Allergien, Epilepsie?

Wenn ja, welche: _____

Maßnahmen: _____

Welche Impfungen hat	das Kind?				ja nein weiß nicht		
	ja	nein	weiß nicht		ja	nein	weiß nicht
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polioviren (Kinderlähmung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tetanus (Wundstarrkrampf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertussis (Keuchhusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HiB = Hämophilus influenza B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Informationen gesundheitlicher oder familiärer Art, die für die Mitarbeiter/Innen von Wichtigkeit sein können: _____

Einverständniserklärung zum Schulinformationsaustausch

Hiermit erkläre/n ich mich/wir uns _____ damit einverstanden, dass im Rahmen der Zusammenarbeit mit den Grundschulen der jeweiligen Gemeinde Informationen über mein/unser Kindes

(Name des Kindes)

ausgetauscht werden dürfen.

Der Kindergarten DIE WALDRACKER e.V. versichert, mit dem Informationsaustausch vertrauensvoll umzugehen.

Ort, Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung zur Mediendokumentation

Hiermit erkläre/n ich mich/wir uns _____ damit einverstanden,
dass Bilder/Fotos meines/unseres Kindes

(Name des Kindes)

seitens des Waldkindergartens DIE WALDRACKER e.V. im Rahmen der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit in Medien, sonstigen Aushängen und auf der Internetseite des Kindergartens veröffentlicht werden dürfen. Dies gilt auch für bereits gefertigte Bilder/Fotos, deren Veröffentlichung ich/wir hiermit ausdrücklich genehmige/n.

Ort, Datum

Unterschrift