

## Personalien - Bogen

Kindertagesstätte \_\_\_\_\_

### Personalien des Kindes:

Ich heiße \_\_\_\_\_  
Ich bin am \_\_\_\_\_ geboren  
Ich wohne in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Personalien der Personensorgeberechtigten:

Meine Mama heißt \_\_\_\_\_  
und arbeitet \_\_\_\_\_ (Arbeitgeber)  
\_\_\_\_\_ (Tel.Nr. privat)  
\_\_\_\_\_ (Mobil)  
\_\_\_\_\_ (Tel., dienstl.)

Mein Papa heißt \_\_\_\_\_  
und arbeitet \_\_\_\_\_ (Arbeitgeber)  
\_\_\_\_\_ (Tel.Nr. privat)  
\_\_\_\_\_ (Mobil)  
\_\_\_\_\_ (Tel., dienstl.)

Personensorgeberechtigt ist/sind:       beide       Mama alleir  Papa alleine

### Wen ihr im Notfall erreichen könnt:

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

### Meine Eltern sind damit einverstanden,

- dass ich selbst zubereitete oder von Kindern mitgebrachten Speisen oder Getränke essen und trinken darf
- dass ich im Sommer baden oder duschen darf
- dass ich bei Ausflügen mit der Kita öffentliche Verkehrsmittel nutzen darf

Eine gesonderte Einwilligung zum Erfassen von Daten zur Bildungs- und Entwicklungsdokumentation/Portfolio sowie zur Veröffentlichung von Fotos in (Druck)Medien befindet sich im Anhang.

**Meine gesundheitlichen Besonderheiten:**

Ich bin Brillenträger/in                       ja                       nein  
Ich habe Allergien                               ja                       nein

Wenn ja, welche

---

---

Gegenmaßnahmen

---

---

**Weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen:**

---

---

---

Krankenkasse

---

Haus-o. Kinderarzt

---

---

---

---

Name

Anschrift

Telefon

**Medikamentenabgabe:**

Das Verabreichen von nicht rezeptpflichtigen sowie rezeptpflichtigen Medikamenten durch das pädagogische Fachpersonal ist in der Einrichtung untersagt.

Der Besuch in der Kindertagesstätte darf erst aufgenommen werden, wenn die Unbedenklichkeit durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen ist.

Beigefügtes Attest ist beim erstmaligen Kita-Besuch vorzulegen und darf nicht älter als 5 Tage sein.

**Folgende Personen sind berechtigt mich abzuholen:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ich/Wir bestätige/n, dass ich/wir von der Kindergarten-und Gebührensatzung  
Kenntnisse habe/n und diese anerkenne/n.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) der Eltern/Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Trägers/der Leiterin

Mit Abgabe des Personalien-Bogen stimmen Personensorgeberechtigte der  
**Speicherung ihrer personenbezogenen Daten**, sowie diese im Rahmen der Kinder-  
gartenbetreuung benötigt werden, **zu**.

Die Speicherung Ihrer personenbezogener Daten erfolgt über die Dauer des Aufenthalts  
Ihres Kindes in einer Kindertagesstätte der Einheitsgemeinde Unterbreizbach.

## **Einwilligung zum Erfassen von Daten zur Bildungs- und Entwicklungsdokumentation (BED)/ Portfolio sowie zur Veröffentlichung von Fotos in den (Druck)Medien**

Die Einwilligung kann verweigert werden und braucht auch nicht zurückgegeben werden, wenn keine Einwilligung erteilt wird. Ihre Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden (am besten schriftlich gegenüber den Pädagogischen Kräften od. dem Kita Träger).

Nach Beendigung des Betreuungsverhältnisses oder nach Widerruf Ihrer Einwilligung werden die bis dahin entstandenen Daten gelöscht bzw. vernichtet.

### **1. Recht zum Führen einer Bildungs-u. Entwicklungsdokumentation/Portfoliomappe**

Ich/Wir willige/n ein, dass für mein/unser Kind eine BED/Portfoliomappe geführt wird.

ja  nein

### **2. Recht zur Verwendung von Fotos in der BED/Portfoliomappe**

Ich/Wir willige/n ein, dass Fotos, auf denen mein/unser Kind abgelichtet ist, in der BED/Portfoliomappe verwendet werden dürfen

ja  nein

### **3. Recht zur Verwendung von Fotos in der BED/Portfoliomappe anderer Kinder in der KiTa**

Ich/Wir willige/n ein, dass Fotos auf denen mein/unser Kind abgelichtet ist, in der BED/Portfoliomappe anderer Kinder der Kita verwendet werden dürfen, sofern mein/unser Kind auf diesem Foto ebenfalls abgelichtet ist. (Die Portfoliomappen werden den Kindern/Eltern zum Ende des Betreuungsverhältnisses ausgehändigt)

ja  nein

### **4. Recht auf Veröffentlichung von Fotos in (Druck)Medien**

Ich/Wir willigen ein, dass Fotos, wenn diese den KiTa-Alltag dokumentieren (auch im Zusammenhang mit Veranstaltungen der KiTa wie Feste, Aktionen, Projekte) in nachfolgenden Druckmedien veröffentlicht werden dürfen: kommunales Gemeindeblatt, Zeitung/Zeitschriften, Homepage der Gemeinde

ja  nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

**Ärztliche Bescheinigung**

nach § 15 ThGTEK über die gesundheitliche Eignung des Kindes zum Besuch der Kindertagesstätte.

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes (Vor- u. Familienname)

\_\_\_\_\_  
geboren am

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

wurde am \_\_\_\_\_ von mir untersucht.

Das Kind ist frei von übertragbaren Krankheiten, sowie übertragbaren Hautkrankheiten.

Das Ergebnis der TB-Untersuchung ist \_\_\_\_\_

Bei dem Kind wurden bisher folgende Schutzimpfungen mit Erfolg durchgeführt:

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_

Sonstige Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift