

Für Notfallsituationen

| | | |
|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Im Notfall benachrichtigen | | |
| | Name, Vorname | Telefon <i>mit Vorwahl</i> |
| | | |
| | Name, Vorname | Telefon <i>mit Vorwahl</i> |
| Hausarzt | | |
| | Name, Vorname | Telefon <i>mit Vorwahl</i> |
| Krankenkasse | | |
| | <i>Versicherungsnehmer</i> | |
| | <i>Versicherungsnummer</i> | |

Gesundheitliche Einschätzungen

| | |
|---------------------|--|
| Allergien | |
| Unverträglichkeiten | |
| Sonstiges | |

Das Kind erhält **in der Einrichtung Eingliederungshilfe** nach SGB XII / SGB VIII wegen

- körperlicher** Behinderung
- geistiger** Behinderung
- drohender oder seelischer** Behinderung

Unterstützende Maßnahmen

| | |
|--|--|
| z.B. Sprachförderung, Ergotherapie, Psychomotorik, Krankengymnastik, Frühförderung etc. | |
|--|--|

Die Satzung und Gebührensatzung für die Kindertagesstätten der Gemeinde Todenbüttel wurde einem Erziehungsberechtigten ausgehändigt.

Änderungen zu den Angaben in dieser Anmeldung werde ich umgehend der Kindertagesstättenleitung mitteilen.

Mir ist bekannt, dass diese Anmeldung verbindlich ist. Bei Änderungen bzw. einer Abmeldung gilt die Kündigungsfrist laut Satzung.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Unterschrift der Kindertagesstättenleitung

Zuordnung in Gruppe:

Bitte in der Kindertagesstätte Todenbüttel abgeben!