

# Stammdatenblatt Kind

## GBS-Einrichtung:

Kind		
Name, Vorname, Adresse		Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Konfession*	Herkunftsland*	Vorrangige Sprache*

## Sorgeberechtigte

Name, Vorname, Adresse		Staatsangehörigkeit
Geburtsdatum	E-Mail (Bitte in Druckbuchstaben) *	
Telefon (tagsüber erreichbar)		
Name, Vorname, Adresse		Staatsangehörigkeit
Geburtsdatum	E-Mail (Bitte in Druckbuchstaben) *	
Telefon (tagsüber erreichbar)		

## Medizinische und besondere Hinweise

Kinderarzt*	Krankenkasse	Versicherungsnehmer
Allergien/ chronische Erkrankungen, Nahrungsunverträglichkeiten, krankheitsbedingte oder sonstige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen:		
<input type="checkbox"/> ressourcenauslösendes Feststellungsgutachten liegt vor.		

## Sonstige Angaben

Notizen
---------

**Erlaubnisbescheinigung – zutreffendes bitte ankreuzen.**

Mein / unser Kind

<input type="checkbox"/>	darf immer alleine nach Haus gehen.
<input type="checkbox"/>	darf nur mit schriftlicher Erlaubnis für den benannten Tag alleine nach Haus gehen.
<input type="checkbox"/>	darf nicht alleine nach Hause gehen.
<input type="checkbox"/>	darf am Schwimmengehen der GBS-Einrichtung teilnehmen.
<input type="checkbox"/>	ist Nichtschwimmer*in.
<input type="checkbox"/>	ist Schwimmer*in mit folgendem Schwimmbzeichen:
<input type="checkbox"/>	darf sich selbständig mit Kindern verabreden (die Erziehungsberechtigten sind jedoch vor Verlassen der GBS-Einrichtung zu informieren).
<input type="checkbox"/>	darf die GBS-Einrichtung während der Betreuungszeit zur Wahrnehmung spezieller Angebote eigenständig verlassen.

**Unterschrift/en**

Ich/wir bestätige/n die Richtigkeit der Angaben: Ort, Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte

**Datenschutz**

**Einwilligung Datenweitergabe**

<input type="checkbox"/>	Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass der GBS Träger meine/unsere Telefonnummer/n und E-Mailadresse/n hinsichtlich der Kursorganisation weitergibt, soweit dies zur Erfüllung des Vertragsverhältnisses erforderlich ist.  (Weitere Informationen entnehmen Sie den beigefügten Datenschutzbestimmungen)
--------------------------	---

**Einwilligung Gesundheitsdaten**

<input type="checkbox"/>	Hiermit willige/n ich/wir ein, dass der GBS-Träger die Gesundheitsdaten meines/unsere Kindes verarbeitet, soweit dies zur Erfüllung des Vertragsverhältnisses erforderlich ist.  (Weitere Informationen entnehmen Sie den beigefügten Datenschutzbestimmungen)
--------------------------	--

Mir/Uns ist bewusst, dass die vorstehenden Einwilligungserklärungen freiwillig sind und ich/wir sie ohne Angaben von Gründen verweigern darf/dürfen. Ich/Wir kann/können die Einwilligung bzw. Einwilligungen zudem jederzeit durch eine einfache Erklärung (per E-Mail an...) mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Einwilligung ist gültig bis Vertragsende.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschriften ALLER Sorgeberechtigten