

## Personenbogen als Anlage zum Betreuungsvertrag



Vertragsbeginn: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Geburtsdatum und -ort: \_\_\_\_\_

Religiöse Zugehörigkeit: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit / Herkunftsland: \_\_\_\_\_

Sorgerechtsregelung:  gemeinsames Sorgerecht **oder**  alleiniges Sorgerecht  
Bei alleinigem Sorgerecht bitte **Negativbescheinigung** des Jugendamtes vorlegen.

|  | 1. Sorgeberechtigte/r | 2. Sorgeberechtigte/r |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Name, Vorname                            |                       |                       |
| Anschrift                                |                       |                       |
| ggf. Staatsangehörigkeit / Herkunftsland |                       |                       |

Lebt **ein/e** Sorgeberechtigte/r **allein** mit dem zu betreuenden Kind in einem Haushalt und erzieht und betreut es allein?

Ja  Nein

Vorangegangene Betreuung in anderen Einrichtungen:

| Datum von | Datum bis | Name und Ort der Einrichtung | Betreuungsart | Betreuungsstunden |
|-----------|-----------|------------------------------|---------------|-------------------|
|           |           |                              |               |                   |
|           |           |                              |               |                   |

Im Haushalt lebende Geschwister, welche eine Kita oder einen Hort besuchen:

| Name, Vorname | Geburtsdatum | Derzeit besuchte Einrichtung: |
|---------------|--------------|-------------------------------|
|               |              |                               |
|               |              |                               |
|               |              |                               |

**Der Leitung ist für diese Kinder jährlich eine aktuelle Bestätigung der Betreuungseinrichtung vorzulegen.**

Besondere gesundheitliche Auffälligkeiten des Kindes (Allergien / Unverträglichkeiten), die beachtet werden müssen:

\_\_\_\_\_

Ist das Kind vollständig geimpft?  Ja  Nein

Gesetzlich vorgeschriebener Immunitätsstatus Masern?  Ja  Nein **(bitte Nachweis beilegen)**

Kinderarzt bzw. Hausarzt der Eltern / Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Familienversichert bei: \_\_\_\_\_

.....  
Unterschriften aller Sorgeberechtigten