

## Beitrittserklärung

Ich/wir erkläre/n hiermit meinen/unseren Beitritt zum Verein

„**RemsRacker – Verein zur gemeinsamen Kleinkinderbetreuung e.V.**“

Ich/wir zahle/n den Mitgliedsbeitrag entsprechend dem Beschluss der Mitgliederversammlung in Höhe von 12,- €/Jahr sowie die derzeit gültige monatliche Betreuungsgebühr gemäß der aktuellen Gebührenordnung (s.Downloads).

Ab dem \_\_\_\_\_ 20\_\_ überlasse/n ich/wir mein/unsere Kind zur Betreuung dem Verein RemsRacker e.V.

Erziehungsberechtigte(r) 1: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte(r) 2: \_\_\_\_\_

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

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

Vorname und Geburtsdatum der im Haushalt lebenden Geschwister:

\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Anschrift in das Adressenverzeichnis des Vereins aufgenommen wird und die Weitergabe an Landes- u. Kommunalbehörden erfolgt.

Ich/wir habe/n die **Elterninformationen, die Gebührenordnung und die Satzung** des Vereins RemsRacker e.V. auf der Homepage gelesen, zur Kenntnis genommen und akzeptiere/n diese.

Ich/wir akzeptiere/n insbesondere, dass die Betreuungszeit mindestens 9 Monate umfasst, der Betreuungsplatz nur mit einer Frist von 3 Monaten kündbar ist (siehe Pkt.3 Vereinsbedingungen), und dass die Kündigung der Mitgliedschaft nur zum 31.12. eines Jahres zulässig ist (siehe § 4 (5) der Satzung).

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) 1 \*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r) 2 \*

\* Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, gleichgültig, ob diese verheiratet, getrennt lebend oder unverheiratet sind. Die Einrichtung wird angewiesen, darauf zu achten.

## Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat)

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000915526**

Ich ermächtige den Verein RemsRacker e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verein RemsRacker e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Betreuungsgebühr und das Essensgeld werden monatlich in der dritten Kalenderwoche eines Monats und der Mitgliedsbeitrag jährlich in der letzten Kalenderwoche des Jahres abgebucht.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

|                                                     |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kontoinhaber (Vor- und Zuname)                      |                                                                                                |
| Straße und Hausnummer                               |                                                                                                |
| PLZ / Ort                                           |                                                                                                |
| Geldinstitut                                        |                                                                                                |
| IBAN                                                |                                                                                                |
| BIC                                                 |                                                                                                |
| Betreuungsgebühren:                                 | gemäß aktueller Gebührenordnung                                                                |
| Mitgliedsbeitrag<br>(wird jährlich abgebucht, s.o.) | 12,00 €                                                                                        |
| Frühstück und warmes Mittagessen                    | <b>Gr. 1</b> € 22,- / 33,- / 55,- pro Monat pauschal für 11 Monate pro Jahr, August kostenfrei |
| Frühstück                                           | <b>Gr. 2, Gr. 3:</b> derzeit ausgesetzt                                                        |
| Frühstück, warmes Mittagessen und Getränke          | <b>Kindergarten:</b> 82,50€ / Monat pauschal für 11 Monate pro Jahr, August kostenfrei         |

|                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------|
| Vor- und Zuname des Kindes (zugleich Mandatsreferenz der SEPA-Lastschrift) |
|                                                                            |

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber(in)

## Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

nach § 4 des Kindertagesbetreuungsgesetzes

Das Kind

---

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

---

(Anschrift)

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

Gegen den Besuch der Kleinkindergruppe RemsRacker e.V. bestehen keinerlei Bedenken.

Das Untersuchungsergebnis ist den Sorgeberechtigten mitgeteilt worden.

### Ärztliche Impfberatung nach §34 Abs.10a Infektionsschutzgesetz:

- Die ärztliche Impfberatung nach § 34 Abs.10a des Infektionsschutzgesetzes in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen und nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes wurde von mir zuletzt am \_\_\_\_\_ beziehungsweise im Rahmen der U \_\_\_\_\_ durchgeführt.
- Eine ärztliche Impfberatung wurde nicht durchgeführt.

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

## Einverständniserklärung

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Kind

---

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

---

(Anschrift)

1. an Ausflügen, Spaziergängen und anderen Aktivitäten der Einrichtung, die nicht auf dem Gelände der Einrichtung stattfinden, teilnimmt.

2. Ich bin/wir sind darüber informiert, dass bei Veranstaltungen der Einrichtung wie Familienausflug, Laternenfest, Sommerfest u.ä. die Aufsichtspflicht über die Kinder nicht bei den Mitarbeiterinnen der Einrichtung, sondern bei den Personensorgeberechtigten oder den von ihnen Beauftragten liegt.

---

Ort, Datum

Unterschrift Sorge-/Erziehungsberechtigte(r) \*

---

Ort, Datum

Unterschrift Sorge-/Erziehungsberechtigte(r) \*

\* Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, gleichgültig, ob diese verheiratet, getrennt lebend oder unverheiratet sind. Die Einrichtung wird angewiesen, darauf zu achten.

## Einverständniserklärung

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Ich bin/wir sind mit der Veröffentlichung von Fotos meines/unsere Kindes in den unten angekreuzten Medien einverstanden. Mir/uns ist bewusst, dass Print-Medien eventuell im Internet veröffentlicht und von dort heruntergeladen werden können:

- in der Remseck-Woche (Amtsblatt der Stadt Remseck)
- auf der Homepage der Remsracker
- in Artikeln von Tageszeitungen (Ludwigsburger Kreiszeitung, Stuttgarter Zeitung ...)

Im Fall einer Veröffentlichung von Fotos einzelner Kinder wird in jedem Fall ein gesondertes Einverständnis der Eltern eingeholt.

Fotos, auf denen mein/unsere Kind abgebildet ist,

- dürfen im Portfolio und/oder im Abschiedsalbum eines anderen Kindes verwendet und zum Ende der Betreuungszeit diesem Kind überlassen werden.
  - Ich bin/wir sind einverstanden.     Ich bin/wir sind nicht einverstanden.
- dürfen innerhalb des Vereins Remsracker öffentlich gemacht werden, z.B. auf der Bilderwand in den Gruppenräumen, bei Präsentationen bei Mitgliederversammlungen, auf der Info-Wand o.ä.
  - Ich bin/wir sind einverstanden.     Ich bin/wir sind nicht einverstanden.

Zur Dokumentation von Bildungsprozessen dürfen Sprach- und Videoaufnahmen meines/unsere Kindes erstellt werden. Diese werden ausschließlich innerhalb des Vereins Remsracker verwendet (z.B. Präsentation beim Elternabend) und nicht außerhalb veröffentlicht.

- Ich bin/wir sind einverstanden.     Ich bin/wir sind nicht einverstanden.

Der Name meines/unsere Kindes, unsere Anschrift und Telefonnummer dürfen in eine Telefonliste aufgenommen werden, die den Eltern der Kinder, die die Einrichtung besuchen, zur Verfügung gestellt wird. Diese Liste soll die Kommunikation unter den Eltern erleichtern.

- Ich bin/wir sind einverstanden.     Ich bin/wir sind nicht einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift Sorge-/Erziehungsberechtigte(r) \*

Unterschrift Sorge-/Erziehungsberechtigte/(r)\*

\* Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, gleichgültig, ob diese verheiratet, getrennt lebend oder unverheiratet sind. Die Einrichtung wird angewiesen, darauf zu achten.

## Datenschutzerklärung

Erklärung in Anlehnung an § 3 TVöD für ehrenamtlich Beschäftigte.

Auszug aus § 3 TVöD:

Die Beschäftigten haben über Angelegenheiten, deren Geheimhaltung durch gesetzliche Vorschriften vorgesehen oder vom Arbeitgeber angeordnet ist, Verschwiegenheit zu wahren; dies gilt auch über die Beendigung des Arbeitsverhältnisses hinaus.

Ich verpflichte mich dazu, Daten und Informationen, die mir durch meine ehrenamtliche Tätigkeit beim RemsRackern e.V. oder während der Eingewöhnung meines Kindes bekannt werden, nicht an Dritte weiterzugeben oder in einer anderen Art zu verwenden.

Ich akzeptiere, dass in den Räumen und im Garten der RemsRacker das Fotografieren und Filmen von Kindern nicht gestattet ist.

---

Vorname, Name

---

Anschrift

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Ehrenamtliche/r Mitarbeiter/in

---

Vorname, Name

---

Anschrift

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Ehrenamtliche/r Mitarbeiter/in

---

**RemsRacker e.V.**

Die Datenschutz-Erklärung muss von allen Personen unterzeichnet werden, die am Gruppenalltag der RemsRacker teilnehmen, z.B. während der Eingewöhnung oder beim Elterndienst.

## Erste Hilfe und medizinische Maßnahmen

**Unsere Erzieherinnen sind durch die regelmäßige Teilnahme an Kursen befähigt, Maßnahmen der Ersten Hilfe zu leisten, dazu gehören u.a.:**

- das Reinigen von Wunden mit Wasser
- das Anlegen von Pflastern und Verbänden
- das Kühlen von Insektenstichen, Verbrennungen, Verbrühungen
- das Ruhigstellen verletzter Extremitäten
- Gegenmaßnahmen bei Nasenbluten

**Erzieherinnen sind nicht für die Leistung medizinischer Maßnahmen ausgebildet und dürfen daher aus versicherungsrechtlichen Gründen nicht:**

- Wunden desinfizieren
- Medikamente verabreichen (z.B. Hustensaft, Antibiotikum, Antiallergikum)
- Salben auftragen

**Bestimmte Maßnahmen der medizinischen Versorgung dürfen geleistet werden, sofern die Eltern ihre Einwilligung dazu erteilen. Bitte ausfüllen und entsprechend ankreuzen:**

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

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

Bei einem **Zeckenbiss** darf bei meinem/ unserem Kind die Zecke mit einer Zeckenkarte entfernt werden.

- Ich/Wir willige/n ein.  Ich/Wir willige/n nicht ein.

Bei Stoßverletzungen oder Quetschungen darf meinem/ unserem Kind **Arnika D6** verabreicht werden.

- Ich/Wir willige/n ein.  Ich/Wir willige/n nicht ein.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)\*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)\*

\* Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, gleichgültig, ob diese verheiratet, getrennt lebend oder unverheiratet sind. Die Einrichtung wird angewiesen, darauf zu achten.

## Bestätigung der Belehrung Infektionsschutzgesetz (IfSG)

### Bestätigung der Belehrung für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte gem. §34 Abs.5 IfSG

Frau/Herr \_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

Wir/ich bestätige/n, dass ich über die gesundheitlichen Anforderungen, die Besuchsverbote und Mitteilungspflichten nach §34 Abs. 1-3 IfSG soweit sie

unser/mein Kind \_\_\_\_\_ betreffen, belehrt wurde/n.  
Name, Vorname \_\_\_\_\_

### Das entsprechende Merkblatt (s. downloads/Elterninformationen) habe ich mir sorgfältig durchgelesen.

Mir sind keine Tatsachen bekannt, die derzeit für ein Besuchsverbot nach § 34 IfSG sprechen. Sollten entsprechende Tatsachen während des Besuchs der Betreuungseinrichtung auftreten, werde(n) wir/ich dies unverzüglich der Leitung des Hauses mitteilen.

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

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

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

Eingang am

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

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

\* Die Unterzeichnung hat immer durch alle vorhandenen Personensorgeberechtigten zu erfolgen, es sei denn, die personensorgeberechtigten Eltern leben getrennt und das Kind hält sich mit Einwilligung des einen Elternteils oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung gewöhnlich bei dem anderen Elternteil auf. In diesem Falle genügt die Unterschrift des Elternteils, bei dem das Kind lebt.

Quelle: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg



## Einverständnis

### Fotografieren und Filmen bei Festen der RemsRacker

Wir sind damit einverstanden, dass unser Kind

\_\_\_\_\_  
Name geb.

bei Festen der RemsRacker von Eltern anderer Kinder der Einrichtung fotografiert bzw. gefilmt werden darf.

Wir stimmen zu, dass

- die Erzieherinnen der RemsRacker **ohne deren Einverständnis nicht** fotografiert bzw. gefilmt werden dürfen.
- mit den Aufnahmen sensibel umgegangen werden muss und diese zum Schutz der Kinder **nicht** im Internet verbreitet werden sollen.

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

\_\_\_\_\_  
Name Erziehungsberechtigte/r 1

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name Erziehungsberechtigte/r 2

\_\_\_\_\_  
Unterschrift