

Anmeldung zur Kleinkindgruppe „Paletti“

Hiermit melde/n ich/wir meine/n/unsere/n Tochter/Sohn für folgende Betreuungszeiten in die Paletti-Kleinkindgruppe an:

Favorisierte Tage, für die Probezeit oder bei Anmeldung für 2 oder 3 Tage:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
--------	----------	----------	------------	---------

	Stand: Jan. 2021	Gebühr im Monat	Essen	bitte ankreuzen
Einmalige Aufnahmegebühr		€ 100		<input checked="" type="checkbox"/>
2 Vormittage		€ 155 zzgl.	€ 36	€ 191 <input type="checkbox"/>
3 Vormittage		€ 210 zzgl.	€ 54	€ 264 <input type="checkbox"/>
5 Vormittage		€ 315 zzgl.	€ 90	€ 405 <input type="checkbox"/>
Beitrag Frühstück + warmes Mittagessen wird monatlich im Voraus mit Gebühr abgebucht		Preise für Essen Stand 01.09.2022		

Anmeldung ab Monat: _____ Jahr _____

Vor- und Zuname des Kindes: _____

Geb.: _____ Geb.Ort: _____ weibl. ___ männl. ___

PLZ / Wohnort: _____ / _____

Straße / Hausnr.: _____

Telefon: _____ / _____ Fax: _____ / _____

E-Mail: _____

Für den Notfall: Haus-/Kinderarzt des Kindes: _____

Anschrift: _____ Telefon: _____

Vor- und Zuname der/s

Erziehungsberechtigten: _____

PLZ / Wohnort: _____ / _____

(wenn vom Wohnort des Kindes abweichend)

Straße / Hausnr.: _____

Telefon priv.: _____ / _____ berufl.: _____ / _____

Mobil: _____ Andere: _____

Die Anmeldebedingungen und –Ordnung habe/n ich/wir gelesen und erkläre/n mich uns damit einverstanden. Eine Kopie der ärztlichen Untersuchung U7/U8 oder die ärztliche Bescheinigung aus Anhang 1 der Ordnung liegt der Anmeldung bei.

Ort/Datum/Unterschrift

ERKLÄRUNG

Anhang 2

1. Ich versichere als Erziehungsberechtigter des Kindes

(Vor- und Zuname)

(Geburtsdatum)

(Anschrift)

dass in der Wohngemeinschaft dieses Kindes in den letzten sechs Wochen eine übertragbare Krankheit (z.B. Diphtherie, Masern, Röteln, Scharlach, Windpocken, Keuchhusten, Mumps, bzw. Ziegenpeter/Wochentöpel, Tuberkulose, Kinderlähmung, übertragbare Darmerkrankung, übertragbare Gelbsucht, übertragbare Hautkrankheit) nicht vorgekommen ist und dass auch gegenwärtig kein Verdacht einer solchen Krankheit vorliegt.

Ich verpflichte mich, das Kind sofort vom Besuch der Kindergruppe zurückzuhalten, wenn bei ihm oder in der Wohngemeinschaft des Kindes eine übertragbare Krankheit auftritt oder sich der Verdacht einer solchen Krankheit ergibt. Erkrankt das Kind an einer übertragbaren Krankheit oder wird es dessen verdächtigt, wird die Gruppenleiterin der Kindergruppe unbeschadet sonstiger Meldepflichten unverzüglich benachrichtigt.

2. Von der Schulleitung wurde ich darauf hingewiesen, dass die Erzieherin die Kinder in den Räumen der Kindergruppe übernimmt und nach Beendigung der vereinbarten Betreuungszeit an der Tür des Kindergruppenraumes nach Hause entlässt und die Erziehungsberechtigten für den Weg vom und zum Gruppenraum (auch innerhalb des Schulgebäudes) allein verantwortlich sind.

3. Die Ordnung für Kindergruppe „Paletti“ der Jugendkunstschule Heidelberg-Bergstrasse und die Anmeldebedingungen für die Kindergruppe wurden mir bei der Anmeldung ausgehändigt und in der jeweiligen Fassung durch meine Unterschrift auf dem Anmeldeformular und dieser Erklärung von mir als verbindlich anerkannt. Eine ärztliche Bescheinigung gebe mit der Anmeldung ab.

(Ort / Datum)

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Einverständniserklärung 1

Anhang 3

Ich erkläre/ wir erklären, dass meine(e)/unser(e) Sohn/Tochter

(Vor- und Zuname)

(Geburtsdatum)

(Anschrift)

von nachfolgend aufgeführten Personen in meinem/unserem Auftrag von der Kleinkindgruppe der Jugendkunstschule Heidelberg-Bergstrasse abgeholt werden kann:

(Vor- und Zuname)

(Anschrift)

(Vor- und Zuname)

(Anschrift)

(Ort / Datum)

(Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten)

Einverständniserklärung 2

Ich erkläre/ wir erklären, dass meine(e)/unser(e) Sohn/Tochter fotografisch in der Werbung bzw. Dokumentationen oder Buchveröffentlichungen der Jugendkunstschule Heidelberg-Bergstrasse bzw. der Kleinkindgruppe der Jugendkunstschule HD-B abgebildet werden darf.

(Vor- und Zuname)

(Geburtsdatum)

(Ort / Datum)

(Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten)

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich bin damit einverstanden, dass die Jugendkunstschule Heidelberg-Bergstrasse e.V. **ab dem 01.09.2022** bis auf Widerruf meine/unsere Einzugsermächtigung, für die **Kindergruppen-Gebühr inklusive der Kosten für das Essen** monatlich für mein/e Kind/er der Gebührenordnung entsprechend von meinem Konto abbucht:

Vor- u. Zuname des Kontoinhabers:

Anschrift: _____

Stand: 01.09.2022	Gebühr im Monat	Betrag bitte eintragen
	Gebühr + Essen	
2 Vormittage	€ 155 + € 36	
3 Vormittage	€ 210 + € 54	
5 Vormittage	€ 315 + € 90	
Beitrag Frühstück + warmes Mittagessen wird monatlich im Voraus mit Gebühr abgebucht	Pauschale kann je nach Menüservice differieren.	X

Konto-Nr. ist bekannt (Wenn zutreffend, bitte ankreuzen)

oder neue Bankverbindung:

Geldinstitut: _____

IBAN: _____

für das Kind / die Kinder:

Vor- und Zuname: _____

Vor- und Zuname: _____

Ort/Datum/Unterschrift:

(Vor- und Zuname)

(Geburtsdatum)

(Anschrift)

Ich weise hiermit darauf hin, dass mein Kind unter folgenden Krankheiten /
Unverträglichkeiten / Allergien / Entwicklungsverzögerungen u.ä. leidet:

Mein Kind benötigt daher folgende Maßnahmen während der Betreuungszeiten:

- persönliche Assistenz
- Einzelförderung
- Medikamente
- _____

und zwar

Sprache und Verständigung

- O Mein Kind spricht folgende **Muttersprache**: _____
- O Mein Kind **spricht Deutsch**: fließend____ / gut____ /wenig____ / kein ____
- O Mein Kind **versteh Deutsch**: sehr gut____ / gut____ /wenig____ / kein ____
- O weitere Bemerkungen

Name des/r Erziehungsberechtigten: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ort / Datum

Unterschrift

Ärztliche Untersuchung und Nachweis über eine Impfberatung

Nach § 4 des Kindertagesbetreuungsgesetzes des Landes Baden-Württemberg muss jedes Kind vor Aufnahme in eine Einrichtung oder in Kindertagespflege ärztlich untersucht werden. Näheres beschreiben die Richtlinien des Sozialministeriums.

Richtlinien des Sozialministeriums und des Kultusministeriums über die ärztliche Untersuchung nach § 4 des Kindertagesbetreuungsgesetzes und die ärztliche Impfberatung nach § 34 Absatz 10a des Infektionsschutzgesetzes

Vom 19. Januar 2018 – Az.: 5423.1/7 –

1 Allgemeines

1.1 Jedes Kind muss vor der Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung einmalig ärztlich untersucht werden. Kindertageseinrichtungen sind gemäß § 1 Absatz 1 Satz 2 des Kindertagesbetreuungsgesetzes Kindergärten, Tageseinrichtungen mit altersgemischten Gruppen und Kinderkrippen.

1.2 Zweck der ärztlichen Untersuchung ist festzustellen, ob dem Besuch der Kindertageseinrichtung medizinische Bedenken entgegenstehen.

1.3 Die ärztliche Untersuchung soll sich insbesondere auf den Stand der körperlichen und psychischen Entwicklung, die Sinnesorgane und Auffälligkeiten des Verhaltens erstrecken. Ärztliche Untersuchungen in diesem Sinne sind auch die Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres (Kinder-Richtlinie in der Fassung vom 18. Juni 2015 – BAnz AT 18.08.2016 B1 –, zu-letzt geändert am 18. Mai 2017 – BAnz AT 24.07.2017 B2 –) nach § 26 Absatz 2 in Verbindung mit § 25 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch:

- U3: vierte bis fünfte Lebenswoche,
- U4: dritter bis vierter Lebensmonat,
- U5: sechster bis siebter Lebensmonat,
- U6: zehnter bis zwölfter Lebensmonat,
- U7: 21. bis 24. Lebensmonat,
- U7a: 34. bis 36. Lebensmonat,
- U8: 46. bis 48. Lebensmonat,
- U9: 60. bis 64. Lebensmonat.

1.4 Die ärztliche Untersuchung darf nicht länger als zwölf Monate vor der Aufnahme in die Kindertageseinrichtung durchgeführt worden sein.

1.5 Vor der Erstaufnahme eines Kindes in eine Kindertageseinrichtung hat zusätzlich eine ärztliche Impfberatung der Personensorgeberechtigten bezüglich eines vollständigen, altersgemäßen und nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutzes zu erfolgen.

1.6 Zweck der ärztlichen Impfberatung ist es, dem Impfschutz von Kindern in Kindertageseinrichtungen ein besonderes Augenmerk zu schenken und zu einem altersgemäßen Impfschutz beizutragen.

1.7 Die ärztliche Impfberatung hat zeitnah vor der Aufnahme in die Kindertageseinrichtung zu erfolgen.

2 Vorlage einer Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung und die ärztliche Impfberatung

2.1 Bei der Aufnahme des Kindes in eine Kindertageseinrichtung haben die Personensorgeberechtigten dem Träger der Kindertageseinrichtung eine ärztliche Bescheinigung über das Ergebnis der ärztlichen Untersuchung und die durchgeführte Impfberatung auszuhändigen. Aus der Bescheinigung muss ersichtlich sein, ob gegen die Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung medizinische Bedenken bestehen oder dass bei einer gesundheitlichen Beeinträchtigung des Kindes, sofern eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht durch die Personensorgeberechtigten vorliegt, die Voraussetzungen für die Aufnahme des Kindes in Kindertagesbetreuung mit Fachkräften der Kindertageseinrichtung geklärt werden. Die Bescheinigung muss darüber hinaus den Nachweis enthalten, dass eine Impfberatung bezüglich eines vollständigen, altersgemäßen und nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutzes erfolgt ist.

2.2 Für die ärztliche Bescheinigung über das Ergebnis der ärztlichen Untersuchung und die durchgeführte Impfberatung ist der Vordruck nach dem als Anlage beigefügten Muster zu verwenden.



Formular zu Anhang 6

Nach § 4 des Kindertagesbetreuungsgesetzes des Landes Baden-Württemberg (KiTaG) muss jedes Kind vor Aufnahme in eine Kindertageseinrichtung ärztlich untersucht werden.

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

nach § 4 Kindertagesbetreuungsgesetz KiTaG und den Richtlinien über die ärztliche Untersuchung

Das Kind

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Wurde am _____

Von mir aufgrund des § 4 KiTaG und der dazu erlassenen Richtlinien über die ärztliche Untersuchung ärztlich untersucht.

Gegen den Besuch der Kindertageseinrichtung oder in anderen geeigneten Räumen bestehen – soweit sich nach der Durchführung der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchung U _____ erkennen lässt

- keine medizinischen Bedenken**
- medizinische Bedenken**
- das Kind ist gesundheitlich beeinträchtigt. Die Voraussetzungen für den Besuch der Kindertageseinrichtung werden mit den Personensorgeberechtigten und der Kindertageseinrichtung abgeklärt. Auf die Möglichkeit von der Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht durch die Eltern wird hingewiesen.**

Das Untersuchungsergebnis ist den Personensorgeberechtigten mitgeteilt worden.

Ort, Datum _____

Unterschrift / Stempel der Ärztin / des Arztes _____



GEMEINSAM VOR INFEKTIONEN SCHÜTZEN **Belehrung für Eltern und sonstige Sorgeberechtigte** **durch Gemeinschaftseinrichtungen** **gemäß § 34 Abs. 5 Satz 2 Infektionsschutzgesetz**

In Gemeinschaftseinrichtungen wie Kindergärten, Schulen oder Ferienlagern befinden sich viele Menschen auf engem Raum. Daher können sich hier Infektionskrankheiten besonders leicht ausbreiten.

Aus diesem Grund enthält das Infektionsschutzgesetz eine Reihe von Regelungen, die dem Schutz aller Kinder und auch des Personals in Gemeinschaftseinrichtungen vor ansteckenden Krankheiten dienen. Über diese wollen wir Sie mit diesem **Merkblatt** informieren.

1. Gesetzliche Besuchsverbote

Das Infektionsschutzgesetz schreibt vor, dass ein Kind **nicht in den Kindergarten, die Schule oder eine andere Gemeinschaftseinrichtung gehen darf**, wenn es an bestimmten Infektionskrankheiten erkrankt ist oder ein entsprechender Krankheitsverdacht besteht. Diese Krankheiten sind in der **Tabelle 1** auf der folgenden Seite aufgeführt.

Bei einigen Infektionen ist es möglich, dass Ihr Kind die Krankheitserreger nach durch-gemachter Erkrankung (oder seltener: ohne krank gewesen zu sein) ausscheidet. Auch in diesem Fall können sich Spielkameraden, Mitschüler/-innen oder das Personal anstecken. Nach dem Infektionsschutzgesetz ist deshalb vorgesehen, dass die „**Ausscheider**“ bestimmter Bakterien nur mit **Zustimmung des Gesundheitsamtes** und **unter Beachtung der festgelegten Schutzmaßnahmen** wieder in eine Gemeinschaftseinrichtung gehen dürfen (**Tabelle 2** auf der folgenden Seite).

Bei manchen besonders schwerwiegenden Infektionskrankheiten muss Ihr Kind bereits dann zu Hause bleiben, wenn **eine andere Person bei Ihnen im Haushalt** erkrankt ist oder der Verdacht auf eine dieser Infektionskrankheiten besteht (**Tabelle 3** auf der folgenden Seite).

Natürlich müssen Sie die genannten Erkrankungen nicht selbst erkennen können. Aber Sie sollten bei einer ernsthaften Erkrankung Ihres Kindes ärztlichen Rat in Anspruch nehmen (z.B. bei hohem Fieber, auffälliger Müdigkeit, wiederholtem Erbrechen, Durchfällen und anderen ungewöhnlichen oder besorgniserregenden Symptomen). Ihr/-e Kinderarzt/-ärztin wird Ihnen darüber Auskunft geben, ob Ihr Kind eine Erkrankung hat, die einen Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung nach dem Infektionsschutzgesetz verbietet.

Gegen einige der Krankheiten stehen Schutzimpfungen zur Verfügung. Ist Ihr Kind ausreichend geimpft, kann das Gesundheitsamt darauf verzichten, ein Besuchsverbot auszusprechen.

2. Mitteilungspflicht

Falls bei Ihrem Kind aus den zuvor genannten Gründen ein Besuchsverbot besteht, **informieren Sie uns bitte unverzüglich darüber und über die vorliegende Krankheit**. Dazu sind Sie gesetzlich verpflichtet und tragen dazu bei, dass wir zusammen mit dem **Gesundheitsamt** die notwendigen Maßnahmen gegen eine Weiterverbreitung ergreifen können.

3. Vorbeugung ansteckender Krankheiten

Gemeinschaftseinrichtungen sind nach dem Infektionsschutzgesetz verpflichtet, über allgemeine Möglichkeiten zur Vorbeugung ansteckender Krankheiten aufzuklären.

Wir empfehlen Ihnen daher unter anderem darauf zu achten, dass Ihr Kind allgemeine Hygieneregeln einhält. Dazu zählt vor allem das **regelmäßige Händewaschen** vor dem Essen, nach dem Toilettenbesuch oder nach Aktivitäten im Freien.

Ebenso wichtig ist ein **vollständiger Impfschutz** bei Ihrem Kind. Impfungen stehen teilweise auch für solche Krankheiten zur Verfügung, die durch Krankheitserreger in der Atemluft verursacht werden und somit durch allgemeine Hygiene nicht verhindert werden können (z.B. Masern, Mumps und Windpocken). Weitere Informationen zu Impfungen finden Sie unter: www.impfen-info.de.

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihre/n Haus- oder Kinderarzt/-ärztin oder an Ihr Gesundheitsamt. Auch wir helfen Ihnen gerne weiter.

Tabeller: **Besuchsverbot** von Gemeinschaftseinrichtungen und **Mitteilungspflicht** der Sorgeberechtigten bei Verdacht auf oder Erkrankung an folgenden Krankheiten

<ul style="list-style-type: none"> • ansteckende Borkenflechte (Impetigo contagiosa) • ansteckungsfähige Lungentuberkulose • bakterieller Ruhr (Shigellose) • Cholera • Darmentzündung (Enteritis), die durch EHEC verursacht wird • Diphtherie • durch Hepatitisviren A oder E verursachte Gelbsucht/Leberentzündung (Hepatitis A oder E) • Hirnhautentzündung durch Hib-Bakterien • infektiöser, das heißt von Viren oder Bakterien verursachter, Durchfall und /oder Erbrechen (gilt nur für Kindern unter 6 Jahren) • Keuchhusten (Pertussis) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderlähmung (Poliomyelitis) • Kopflausbefall (wenn die korrekte Behandlung noch nicht begonnen wurde) • Krätze (Skabies) • Masern • Meningokokken-Infektionen • Mumps • Pest • Scharlach oder andere Infektionen mit dem Bakterium <i>Streptococcus pyogenes</i> • Typhus oder Paratyphus • Windpocken (Varizellen) • virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (z.B. Ebola)
---	--

Tabelle 2: Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen nur mit **Zustimmung des Gesundheitsamtes** und **Mitteilungspflicht** der Sorgeberechtigten bei **Ausscheidung** folgender Krankheitserreger

<ul style="list-style-type: none"> • Cholera-Bakterien • Diphtherie-Bakterien • EHEC-Bakterien 	<ul style="list-style-type: none"> • Typhus- oder Paratyphus-Bakterien • Shigellenruhr-Bakterien
---	--

Tabelle 3: **Besuchsverbot** und **Mitteilungspflicht** der Sorgeberechtigten bei Verdacht auf oder Erkrankung an folgenden Krankheiten **bei einer anderen Person in der Wohngemeinschaft**

<ul style="list-style-type: none"> • ansteckungsfähige Lungentuberkulose • bakterielle Ruhr (Shigellose) • Cholera • Darmentzündung (Enteritis), die durch EHEC verursacht wird • Diphtherie • durch Hepatitisviren A oder E verursachte Gelbsucht/Leberentzündung (Hepatitis A oder E) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hirnhautentzündung durch Hib-Bakterien • Kinderlähmung (Poliomyelitis) • Masern • Meningokokken-Infektionen • Mumps • Pest • Typhus oder Paratyphus • virusbedingtes hämorrhagisches Fieber (z.B. Ebola)
---	---

Formular zu Anhang 7

Bestätigung der Belehrung nach § 34 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz (IfSG)	
Frau/Herr _____	
geb. am _____	
Straße/Hausnummer _____	
Postleitzahl/Ort _____	Ich bestätige,
dass ich über die gesundheitlichen Anforderungen, die Besuchsverbote und Mitteilungspflichten nach § 34 Abs. 5 IfSG, soweit sie	
meinen Sohn/meine Tochter _____	betreffen,
belehrt wurde.	
Ein entsprechendes Merkblatt habe ich vorstehend gelesen und verstanden. Mir sind keine Tatsachen bekannt, die derzeit für ein Besuchsverbot nach § 34 IfSG sprechen. Sollten entsprechende Tatsachen während des Besuchs der Kindertagesbetreuungseinrichtung auftreten, werde ich dies unverzüglich der Leitung des Hauses mitteilen.	
Ort/Datum, Unterschrift.....	
Stand: September 2019	

Anhang 8 - Masernschutz

Ärztliche Bescheinigung	
Nachweis gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG)	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:.....
Adresse:	
Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG (BGBl. 1S. 2947) vorliegt:	
<input type="checkbox"/> 2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach vollendetem 2. Lebensjahr)	
<input type="checkbox"/> 1 Masernschutzimpfung (ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr)	
<input type="checkbox"/> Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) liegt vor.	
Befreiung von einer Masern-Impfung:	
<input type="checkbox"/> Es liegt eine dauerhafte, medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift, Stempel

Formular zu Anhang 7

Bestätigung der Belehrung nach § 34 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Frau/Herr _____

geb. am _____

Straße/Hausnummer _____

Postleitzahl/Ort _____ Ich bestätige,

dass ich über die gesundheitlichen Anforderungen, die Besuchsverbote und

Mitteilungspflichten nach § 34 Abs. 5 IfSG, soweit sie

meinen Sohn/meine Tochter _____ betreffen,

belehrt wurde.

Ein entsprechendes Merkblatt habe ich vorstehend gelesen und verstanden.

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

Ort/Datum, Unterschrift _____

Stand: September 2019

Anhang 8 - Masernschutz

Ärztliche Bescheinigung

Nachweis gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Für die o.g. Person wird bescheinigt, dass folgender, altersentsprechender, den Anforderungen gemäß § 20 Absatz 9 IfSG (BGBl. 1S. 2947) vorliegt:

2 Masernschutzimpfungen (für Personen nach vollendetem 2. Lebensjahr)

1 Masernschutzimpfung (ausreichend für Kinder im 2. Lebensjahr)

Eine Immunität gegen Masern (serologischer Labornachweis) liegt vor.

Befreiung von einer Masern-Impfung:

Es liegt eine dauerhafte, medizinische Kontraindikation vor, aufgrund derer nicht gegen Masern geimpft werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel