

**Stammdaten (F)**

Kundenr.:

Angaben zur Schülerin/zum Schüler		
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:	Familiensprache:	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers		
Anschrift (Str./PLZ/Ort):		
Kind lebt bei <input type="checkbox"/> den Eltern <input type="checkbox"/> der Mutter <input type="checkbox"/> dem Vater <input type="checkbox"/> bei anderen Personensorgeberechtigten		
Erklärung zur Personensorge		
<input type="checkbox"/> Das Sorgerecht wird gemeinsam ausgeübt		
<input type="checkbox"/> Das Sorgerecht wird von nur einem Personensorgeberechtigten ausgeübt		
<input type="checkbox"/> Das Aufenthaltsbestimmungsrecht hat		
<input type="checkbox"/> die Mutter		
<input type="checkbox"/> der Vater		
<b>Sollte nur ein Elternteil sorgeberechtigt sein oder das Aufenthaltsbestimmungsrecht haben, so ist dies durch einen geeigneten Nachweis (z.B. gerichtliche Entscheidung) nachzuweisen.</b>		
Personensorgeberechtigte/r 1		
Name:	Vorname:	
Stellung zum Kind (z.B. Mutter/Vater/ ...)		
<input type="checkbox"/> berufstätig		
Anschrift (Str./PLZ/Ort):		
Telefonnummern:		
privat:	mobil:	dienstl.:
E-Mail:		
Personensorgeberechtigte/r 2		
Name:	Vorname:	
Stellung zum Kind (z.B. Mutter/Vater/ ...)		
<input type="checkbox"/> berufstätig		
Anschrift (Str./PLZ/Ort):		
Telefonnummern:		
privat:	mobil:	dienstl.:
E-Mail:		

**Stammdaten (F)**

Kundenr.:

**Weitere Angaben**

**Gesundheitszustand der Schülerin/des Schülers**

Bei meinem/unserem Kind liegen Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Besonderheiten vor, die seinen Gesundheitszustand beeinflussen können.  Ja  Nein

Bei **x** Ja, sind die nachfolgenden Informationen zwingend notwendig:

Mein Kind nimmt eigenverantwortlich nachfolgendes Medikament ein:

**Die Mitarbeitenden der Einrichtung dürfen dem Kind grundsätzlich keine Medikamente verabreichen!**

Allergien, Besonderheiten:

Weitere Beeinträchtigung/en:

Nahrungsmittelunverträglichkeit:

**Nahrungsmittelunverträglichkeiten sind per Attest nachzuweisen. Bitte beachten Sie, dass wir nicht überwachen, welche Lebensmittel ihr Kind während des Tagesablaufs zu sich nimmt.**

**Wird vom ASB ausgefüllt:**

Das Kind hat die gesetzlich vorgeschriebenen Impfungen gegen Masern erhalten:

Ja  Nein

Der Nachweis wurde vorgelegt: am \_\_\_\_\_ eingesehen von \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift Mitarbeitende

**Ernährungsbesonderheiten:**

Vegetarier  kein Schweinefleisch

Anderes: \_\_\_\_\_

**Kostenübernahme (freiwillige Angabe)**

Ich beabsichtige einen Antrag auf Übernahme der Betreuungskosten zu stellen.

Ich beabsichtige, einen Antrag auf Übernahme/Zuschuss zum Mittagessen zu stellen.

**Die Mitarbeiter der ASB-Einrichtung sind nicht für die Antragstellung zuständig!**

**Der Antrag muss von den Personensorgeberechtigten gestellt werden.**

**Stammdaten (F)**

Kundenr.:

- ☒ Teilen Sie uns Änderungen der Telefonnummern unverzüglich mit!
- ☒ Dauerhafte Änderungen müssen schriftlich erneut bekannt gegeben werden!

Telefonnummern für den Notfall:			
Person:	Mobil:	Dienstl.:	Privat:
Person:	Mobil:	Dienstl.:	Privat:
Person:	Mobil:	Dienstl.:	Privat:
Person:	Mobil:	Dienstl.:	Privat:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten 1

---

Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten 2