



BRK Airport-Hopser
Nordallee 11
85356 München-Flughafen
Ansprechpartner: Katrin Seibert
Tel.: 089/97592890
Email: kita.flughafen@munich-airport.de

VEREINBARUNG

für die Notbetreuung und Aufnahme von Gastkindern

Angaben zum Kind:

Vorname: Name:
geb.

Angaben zu den Personensorgeberechtigten:

Mutter:

Vater:

Vorname:

Vorname:

Name:

Name:

Straße:

Straße:

PLZ, Ort:

PLZ, Ort:

Arbeitgeber:

Arbeitgeber:

Abteilung im Betrieb:

Abteilung im Betrieb:

Personalnummer:

Personalnummer:

Erreichbarkeit:

Tel dienstlich:

Tel dienstlich:

Tel privat:

Tel privat:

Mobil:

Mobil:

Email:

Email:

Abholberechtigte Personen (die sich bei Abholung entsprechend ausweisen können müssen):

(Vorname, Name):Tel:.....

(Vorname, Name):Tel:.....

Mein Kind hat Allergien

Nein Ja

bitte Angaben zu den Allergien:

Mein Kind benötigt Medikamente

Nein Ja wenn Ja, bitte Medikamentenformular ausfüllen.

Elternzusammenarbeit

Auch in der Notbetreuung ist eine Zusammenarbeit zwischen Ihnen und uns dringend notwendig, damit die ungewohnte Situation für Ihr Kind kein Problem darstellt. Gegenseitige Achtung und Wertschätzung halten wir dabei für selbstverständlich.

Ihre Bereitschaft zu dieser Kooperation ist Grundvoraussetzung für die Betreuung Ihres Kindes in unserer Einrichtung – denn nur gemeinsam geht es gut!

Durch Ihre Unterschrift erkennen Sie diese Zusammenarbeit an und erklären sich bereit aktiv an dieser Kooperation mitzuarbeiten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift/en des/der Personensorgeberechtigten

Kopie an Eltern ausgehändigt

_____ **Bemerkungen**

Einzugsermächtigung

**Die anfallenden Betreuungskosten werden bar am Tage der Notbetreuung in der Kindertagesstätte bezahlt.
Die Einzugsermächtigung dient dem BRK als Sicherheit und ist Aufnahmebedingung.**

Alle Angaben bitte deutlich und in Druckschrift ausfüllen

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Hiermit ermächtige/n ich/wir den BRK-Kreisverband Freising widerruflich, die fällige Gebühr für den Besuch sowie weitere Kosten (z.B. Essensgeld) für das oben genannte Kind zu Lasten meines/unseres Kontos im Abbuchungsverfahren einzuziehen. Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die hier angegebenen Daten für den Bankeinzug per EDV gespeichert werden, bis keine Forderung seitens des BRK mehr besteht.

Zu- und Vorname/n der/des Kontoinhaber/s/in:	
Bankinstitut:	
Kontonummer:	
BLZ:	
IBAN:	
BIC:	
Ort	Datum	Unterschrift/en des/der Kontoinhabers/in