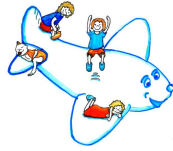


BRK Airport-Hopser
 Träger: BRK Freising
 Nordallee 11
 85356 München-Flughafen
 Leiterin: Roswitha Spahn
 Tel. (089) 97592890
 E-Mail : kita.flughafen@munich-airport.de



**VEREINBARUNG
 Zur Betreuung in einer Notlage
 und
 Aufnahme von Gastkindern**

Die Betreuung wird pro Tag pauschal mit 90,00 € abgerechnet und beinhaltet eine Betreuungszeit von längstens 8 – 9 Std incl. Mittagessen und Getränke. Die Gebühr wird per SEPA Lastschrift von Ihrem Konto eingezogen.

Alle Angaben bitte deutlich und in Druckschrift ausfüllen

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Geschlecht: männlich weiblich

1. Personensorgeberechtigte

2. Personensorgeberechtigte

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon :

Mobil:

Tel. dienstlich:

Email:

Arbeitgeber/Abteilung:

FMG FMG Tochterg. LH FMG FMG Tochterg. LH

DFS T2BG Sonstige DFS T2BG Sonstige

Personalnummer: (nur für Personal von Betrieben am Flughafen)

Abholberechtigte Personen

Name, Vorname: | Tel.

Name, Vorname: | Tel.

Bring- und abholberechtigte Personen, die nicht Vertragspartner sind, müssen sich ausweisen können (Personalausweis/Führerschein)! Sie sind befugt wichtige Informationen (z.B. Verletzungen des Kindes) entgegenzunehmen und weiterzugeben.

Masern – Impfschutz:

- Der Nachweis über einen Masern – Impfschutz (ab Vollendung des 2. Lebensjahres mind. 2 Masernschutzimpfungen) wurde vorgelegt am: _____
- Der Nachweis über einen Masern – Impfschutz (ab Vollendung des 2. Lebensjahres mind. 2 Masernschutzimpfungen) wurde **nicht** vorgelegt.

Teilnahme am Essen:

- Nein, ich bringe das Essen selber mit
- Ja, mein Kind nimmt am Essen teil
- Kein Schwein Kein Rind Kein Fleisch

Allergien oder sonstige zu beachtende med. Besonderheiten:

.....
.....

Elternzusammenarbeit:

Auch für die Betreuung in einer Notlage 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.

Ich versichere an Eides statt, dass die von mir gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bewusst, dass falsche Angaben den Verlust der Betreuung nach sich ziehen kann.

Ort, Datum

Unterschrift d. Personensorgeberechtigten
