

Betreuungsvereinbarung

Mitarbeiterin/Mitarbeiter der Freien Universität Berlin:	
Name/Geburtsdatum des Kindes/der Kinder:	
KidsMobil-MitarbeiterIn:	

Adresse Privat			
Name:		Vorname:	
Straße:		PLZ und Ort:	
Telefon Festnetz:		Telefon Mobil:	
E-Mail:			
Adresse Arbeitsplatz			
Standort:			
Straße:		PLZ und Ort:	
Telefon:		E-Mail:	
Adresse Betreuungsstätte(n)			
Kita/Hort, Ansprechpartner:		Kita/Hort, Ansprechpartner:	
Adresse:		Adresse:	
Telefon:		Telefon:	
Falls wir Sie im Notfall nicht erreichen, an wen sollen wir uns wenden?			
Name:		Name:	
Adresse:		Adresse:	
Telefon:		Telefon:	
Betreuungsbedarf und -zeiten			

Mein Kind darf von der/den oben genannten Betreuungsstätte(n) abgeholt werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind darf (als Fußgänger!) am öffentlichen Straßenverkehr teilnehmen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind darf (in Begleitung) öffentliche Verkehrsmittel benutzen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind darf im öffentlichen Straßenverkehr (auf dem Gehweg!) Fahrrad/Laufrad fahren.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind darf (in Begleitung) öffentliche Spielplätze besuchen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind ist Schwimmer.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind darf (in Begleitung) Baden gehen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind darf (in Begleitung) an Sport-/Freizeit-Aktivitäten teilnehmen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bei meinem Kind bestehen chronische Krankheiten (Art):		
Mein Kind hat Anfallsleiden (Art):		
Mein Kind hat Allergien (ggf. Medikamente, Nahrungsmittel, Sonne, Insekten o.a.):		
Mein Kind nimmt folgende Medikamente <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> akut ein (Name / Art der Anwendung):		
Für mein Kind besteht eine Haftpflichtversicherung bei:		
Für mein Kind besteht eine Krankenversicherung bei:		
Sonstiges:		
Für den Notfall – Kontakt Kinderarzt/-ärztin:		

Ort

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten