

Zurück an das:

**Landratsamt Würzburg
Verwaltung der Jugendhilfe (FB 31 b)
Zeppelinstr. 15
97074 Würzburg**

Buchungsbestätigung:

Für das Kind: _____ **geb.** _____

Anschrift des Kindes: _____

Betreut von der **Tagespflegeperson** (mit dem Kind nicht verwandt oder verschwägert - jeweils bis zum 3. Grad):

Name (ggf. Anschrift u. Telefon-Nr.): _____

Ersatzbetreuung durch: _____

Die Betreuungszeiten sind ab _____ (bis _____) wie folgt:

Beginn der Betreuung / Änderung ab

Ende der Betreuung, falls bereits bekannt

Montag Uhrzeit von – bis	Dienstag Uhrzeit von – bis	Mittwoch Uhrzeit von – bis	Donnerstag Uhrzeit von – bis	Freitag Uhrzeit von – bis	Samstag Uhrzeit von – bis	Sonntag Uhrzeit von – bis

Wöchentliche Gesamtstundenzahl: _____ Std.

Davon in der Nacht (20.00 bis 6.00 Uhr): _____ Std. **ergibt Buchungsgruppe: _____ Std.**

Das Kind _____ besucht zusätzlich folgende Tageseinrichtung:

_____ in der Zeit von bis _____

EINGEWÖHNUNG:

im Monat _____ mit Buchungsgruppe (mind. 1-2 Std./Tag bzw. 5-10 Std./Wo.): _____ Std.

Ort, Datum

Unterschrift Eltern

Ort, Datum

Unterschrift Tagespflegeperson

Informationen zum Tagespflegekind

(wird in Kopie an die Tagespflegeperson und ggf. Ersatzbetreuungsperson ausgegeben)

Tagespflegekind:

Name des Kindes: _____	Geburtsdatum: _____
Wohnanschrift: _____	Telefon: _____

Die Mutter ist tagsüber zu erreichen:

Name der Mutter: _____	
Anschrift tagsüber: _____	
Telefon mobil: _____	Telefon Festnetz: _____
Telefon dienstlich: _____	E-Mail: _____
Normalerweise an welchem Tag zu welcher Zeit zu erreichen _____	

Der Vater ist tagsüber zu erreichen:

Name des Vaters: _____	
Anschrift tagsüber: _____	
Telefon mobil: _____	Telefon Festnetz: _____
Telefon dienstlich: _____	E-Mail: _____
Normalerweise an welchem Tag zu welcher Zeit zu erreichen _____	

Dritte im Notfall informieren:

Name : _____	Stellung zum Kind: _____
Anschrift : _____	Telefon: _____

Wer darf abholen?

Name anderer Abholer: _____
ggf. Einschränkungen: _____

Kinderarzt und Krankenversicherung

Name des Kinderarztes: _____	Telefon: _____
Anschrift des Arztes: _____	
Krankenkasse: _____	Versichert über: _____

Bei Kindergarten-/ Schulkindern

Anschrift KiTa/Schule: _____
Ansprechpartner: _____

Sonstiges

(Mit-)Fahrten erlaubt mit PKW? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein mit Fahrrad? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schwimmen erlaubt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankheiten, Allergien: _____
Medikamente: _____
Sonstiges: _____

Unterschrift der Eltern