

**Kinderpersonalblatt SEB Reinach\***

\*Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

<input type="checkbox"/> Aumatten	<input type="checkbox"/> Fiechten	<input type="checkbox"/> Reinacherhof	<input type="checkbox"/> Surbaum Neueröffnung 12.08.24	<input type="checkbox"/> Weiermatten
-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---	--------------------------------------

**Kind**

Name		Vorname	
Geb.-Datum		Sprache	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Knabe <input type="checkbox"/> Mädchen	Nationalität	
Strasse/Wohnort			

**Mutter**     Ich bin alleinerziehend

Name		Vorname	
Strasse/Wohnort			Erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Tel. Privat		Natel	
Arbeitgeber/in		Tel. Geschäft	

**Vater**     Ich bin alleinerziehend

Name		Vorname	
Strasse/Wohnort			Erziehungsberechtigt: <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Tel. Privat		Natel	
Arbeitgeber/in		Tel. Geschäft	

**Allgemeines**

Weitere Kontaktpersonen resp. Abholberechtigte	
Kinderarzt/ärztin	
Medikamente	
Krankenkasse	
Unfallversicherung	
Haftpflichtversicherung	
Meldung im Notfall	

Besonderheiten beim Essen	<input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> Vegan <input type="checkbox"/> kein Schweinefleisch <input type="checkbox"/> kein Fisch andere Besonderheiten: <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....
Lebensmittelintoleranz oder Lebensmittelallergie	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... Symptome: ..... Alternative Lebensmittel: ..... Vorgehen bei Auftreten: .....  .....  .....
Weitere Allergien	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... Symptome: ..... Alternative Lebensmittel: ..... Vorgehen bei Auftreten: .....  .....  .....
Abgabe von Medikamenten	Mit der Unterzeichnung geben Sie das Einverständnis, dass die SEB-Mitarbeiter/innen Ihrem Kind bei kleineren Verletzungen Medikamente aus der Kinderapotheke verabreichen dürfen. Der Inhalt unserer Kinderapotheke wurde von einer ärztlichen Fachperson überprüft und für Kinder im Alter zwischen 4 und 13 Jahren genehmigt. Bitte machen Sie uns unbedingt darauf aufmerksam, falls Sie Kenntnis von Allergien haben.
Regelung nach SEB-Schluss (im Anschluss der gebuchten Module)	<input type="checkbox"/> mein Kind darf alleine nach Hause gehen  <input type="checkbox"/> mein Kind wird abgeholt
Fotos	Dürfen in der SEB gemachte Fotos für interne Zwecke sowie zur Veröffentlichung z.B. im Wochenblatt, Gemeinde-TV, etc. genutzt werden? <input type="checkbox"/> Ja, für interne und externe Zwecke <input type="checkbox"/> Ja, aber nur für interne Zwecke (z.B. Aushang SEB, zum Basteln, für Gruppen-Erinnerungsfotos) <input type="checkbox"/> Nein
Weitere besondere Vereinbarungen oder Informationen	

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift