

**Vertrag zur Aufnahme Ihres Kindes in die Schulkindbetreuung (SKB) an der Grundschule in Kleinsachsenheim im Schuljahr 2025/2026**

Datum \_\_\_\_\_

**1. Angaben zum Kind**

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Schule

zum Schuljahr 25 / 26 in Klasse \_\_\_\_

**2. Die Sorgeberechtigten**

1. Sorgeberechtigte Person:

2. Sorgeberechtigte Person:

\_\_\_\_\_  
Name Personensorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Name Personensorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon / Mobil

\_\_\_\_\_  
Telefon / Mobil

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit:

**Im Notfall oder bei Krankheit des Kindes sind folgende Personen jederzeit zu erreichen unter:**

\_\_\_\_\_  
Name + Notfall-Telefon 1

\_\_\_\_\_  
Name + Notfall-Telefon 2

\_\_\_\_\_  
Name + Notfall-Telefon 3

\_\_\_\_\_  
Name + Notfall-Telefon 4

### 3. Berufstätigkeit der Eltern

\_\_\_\_\_ arbeitet  Vollzeit  Teilzeit mit \_\_\_\_ %  
Name der Mutter

\_\_\_\_\_ arbeitet  Vollzeit  Teilzeit mit \_\_\_\_ %  
Name des Vaters

Die **Arbeitsbescheinigungen der Eltern** sind dem Vertrag beigelegt oder liegen der Stadt Sachsenheim bereits vor.

### 4. Geschwister unter 18 Jahren

\_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

### 5. Anmeldung zur Schulkindbetreuung

Die Betreuung findet in der SKB der Grundschule Kleinsachsenheim montags bis freitags vor der Schule von 7.30 Uhr – 08.30 Uhr und nach der Schule von 12.10 Uhr bis 13.30 Uhr statt.

Wichtig für Sie zu beachten ist: Die Betreuung Ihres Kindes ist nur an den Tagen möglich, an denen beide Sorgeberechtigten berufstätig sind (siehe Vertragsbedingungen).

Wir buchen verbindlich für unser Kind \_\_\_\_\_ (Vor- und Nachname) folgende Betreuungsstunden:

Betreuung	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
07.30 Uhr bis 08.30 Uhr					
12.10 Uhr bis 13.30 Uhr					

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Personensorgeberechtigte/r**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Personensorgeberechtigte/r**

## 6. Informationen zur Gesundheit Ihres Kindes

Wir Eltern verpflichten uns, die Leitung der SKB über den Gesundheitszustand unseres Kindes zu informieren im Falle eine ansteckende oder chronische Krankheit, eine Allergie oder ein Förderbedarf festgestellt wurde.

Name des Kindes \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Mein Kind leidet an einer chronischen Krankheit  nein  
 Ja, an \_\_\_\_\_

Mein Kind nimmt regelmäßig Medikamente ein  nein  
 Ja, \_\_\_\_\_

Mein Kind leidet an einer Allergie  nein  
(gegen Lebensmittel, Pflanzen, Insektenstiche o.a.)  Ja, an \_\_\_\_\_

Bei meinem Kind wurde ärztlich ein besonderer Förderbedarf festgestellt:

---

---

## 7. Einwilligung zur digitalen Datenspeicherung und -verarbeitung, Datenschutz

Zur Aufnahme Ihres Kindes in der SKB ist die Verarbeitung der von Ihnen vertraglich angegebenen personenbezogenen Daten notwendig. Personenbezogene Daten, die im Zusammenhang mit der Betreuung des Kindes erhoben und verwendet werden, unterliegen den Datenschutzbestimmungen. Der Träger gewährleistet die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben.

**Wir, die Personensorgeberechtigten, erklären uns einverstanden, dass die Stadt Sachsenheim zum Zweck der Aufnahme und Betreuung unseres Kindes in der SKB personenbezogene Daten erhebt, digital verarbeitet und speichert.**

## 8. Einverständnis zur Kooperation Schule und Schulkindbetreuung, sowie Entbindung von der Schweigepflicht

Zur konstruktiven Zusammenarbeit zwischen Schule, Schulsozialarbeit und Schulkindbetreuung ist ein Informationsaustausch erforderlich.

**Wir, die Personensorgeberechtigten, geben hiermit unser Einverständnis, dass die Leitung und Betreuungskräfte zum Informationsaustausch mit dem Kollegium und der Schulsozialarbeit der Grundschule berechtigt sind und in diesem Fall von der Schweigepflicht entbunden sind.**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte/r



**11. Einverständniserklärung zum Heimgehen Ihres Kindes**

Datum: \_\_\_\_\_

Mein Kind \_\_\_\_\_ im Schuljahr 2025/2026 in Klasse \_\_\_\_\_

wird von der SKB zwischen 13.00 Uhr und 13.30 Uhr abgeholt am

- Montag
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag

(\*) bitte tragen Sie unten die abholberechtigten Personen ein.

darf alleine nach Hause gehen am

- |            |                                       |                                       |
|------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Montag     | <input type="checkbox"/> um 13.00 Uhr | <input type="checkbox"/> um 13.30 Uhr |
| Dienstag   | <input type="checkbox"/> um 13.00 Uhr | <input type="checkbox"/> um 13.30 Uhr |
| Mittwoch   | <input type="checkbox"/> um 13.00 Uhr | <input type="checkbox"/> um 13.30 Uhr |
| Donnerstag | <input type="checkbox"/> um 13.00 Uhr | <input type="checkbox"/> um 13.30 Uhr |
| Freitag    | <input type="checkbox"/> um 13.00 Uhr | <input type="checkbox"/> um 13.30 Uhr |

(!) dies gilt auch für den Fall, dass Ihr Kind im Anschluss an die SKB eine AG besucht.

fährt mit dem Bus am

- |                                     |              |
|-------------------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Montag     | um _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Dienstag   | um _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch   | um _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Donnerstag | um _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Freitag    | um _____ Uhr |

(\*) Abholberechtigte Personen sind:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Personensorgeberechtigte/r**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Personensorgeberechtigte/r**