

# Ferienbetreuungsvertrag 2027

für Schulkinder aus Ingolstadt im Grundschulalter

## Integrationshort an der Montessorischule

Johann-Michael-Sailer-Str. 7  
85049 Ingolstadt

### Anmeldung für:

- |                                                |                     |
|------------------------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Faschingsferien       | 08.02. - 12.02.2027 |
| <input type="checkbox"/> 1. Osterferienwoche   | 22.03. - 25.03.2027 |
| <input type="checkbox"/> 1. Pfingstferienwoche | 18.05. - 22.05.2027 |
| <input type="checkbox"/> Herbstferien          | 02.11. - 05.11.2027 |

### Hiermit melde ich mein Schulkind

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

verbindlich für die Ferienbetreuung in der Pädagogisches Zentrum Förderkreis + Haus  
Miteinander gGmbH an.

Wir bitten um eine vollständige, wahrheitsgemäße und ausführliche Beantwortung der  
Fragen, damit die Mitarbeiter:innen sich so gut wie möglich auf die gemeinsame Ferienzeit  
mit Ihrem Kind vorbereiten können.

### Angaben zu den Personensorgeberechtigten:

Das Kind lebt:

- |                                         |                                         |                                        |                                                              |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bei den Eltern | <input type="checkbox"/> bei der Mutter | <input type="checkbox"/> bei dem Vater | <input type="checkbox"/> in einer stationären<br>Einrichtung |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des/der Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des/der Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

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

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

**Ist ein Elternteil des Kindes berufstätig bei einer der folgenden Firmen?**

- ☐ Audi (Stamm-Nr. des Elternteils: \_\_\_\_\_) ☐ Nein
- ☐ Media-Saturn Deutschland GmbH
- ☐ Airbus DS GmbH
- ☐ Volkswagen Group Services GmbH

**Welche Schule/Klasse besucht Ihr Kind derzeit?** \_\_\_\_\_

**Liegen bei Ihrem Kind Beeinträchtigungen/Behinderungen vor?**

- ☐ Nein
- ☐ Wenn ja welche und worauf ist besonders zu achten?

---

---

---

**Sie sind verpflichtet uns mit der Anmeldung einen Nachweis über einen ausreichenden Masernimpfschutz Ihres Kindes beizulegen (ggf. ein Attest über ausreichende Immunität).**

- ☐ Nachweis liegt bereits vor
- ☐ Nachweis wird spätestens am ersten Ferienbetreuungstag in der Einrichtung vorgelegt

**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?**

- ☐ Nein ☐ Ja Welche? \_\_\_\_\_

**Wo und wie ist Ihr Kind krankenversichert?**

---

**Hat Ihr Kind Allergien?**

- ☐ Nein ☐ Ja Welche? Was ist zu beachten? \_\_\_\_\_

---

**Verträgt Ihr Kind alle Speisen?**

- ☐ Ja ☐ Nein Welche nicht? \_\_\_\_\_

**Welche Kost isst Ihr Kind?**

- ☐ normal ☐ kein Schweinefleisch
- ☐ vegetarisch ☐ laktosefrei

**Kann es sein, dass sich das Kind in schwierigen Situationen (Konfliktsituationen) von der Gruppe entfernt/wegrennt.**

- ☐ Ja ☐ Nein

**Darf Ihr Kind an Veranstaltungen außerhalb des Hauses teilnehmen?**

(Kino, Museum, Schwimmbad, etc.)

- ☐ Ja ☐ Nein

**Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr Kind während der Ferien bei den im Pädagogischen Zentrum zur Verfügung stehenden Kleinbussen/Pkw's mitfahren darf?**

Die Fahrzeuge werden von Mitarbeiter:innen der Einrichtung gefahren.

- ☐ Ja, ich gebe mein Einverständnis ☐ Nein

**Erklären Sie sich bereit, dass das Pädagogische Zentrum Fotoaufnahmen, auf denen Ihr Kind abgebildet ist, für öffentliche Zwecke (Homepage, Presse, o.ä.) nutzen darf?**

- ☐ Ja ich gebe mein Einverständnis ☐ Nein

**Darf Ihr Kind am Besuch im Schwimmbad/Freibad teilnehmen?**

- ☐ Ja ich gebe mein Einverständnis ☐ Nein

**Fähigkeiten des Kindes im Schwimmbad:**

Es kann ☐ sicher schwimmen ☐ hat das Seepferdchen

Es darf ☐ nur im Nichtschwimmerbecken baden

☐ nur mit Schwimmhilfe baden Welche? \_\_\_\_\_

**Abholberechtigungen:**

- ☐ Mein Kind wird von mir/uns abgeholt.  
☐ Mein Kind kommt und geht selbständig zur Ferienbetreuung  
☐ Mein Kind darf um \_\_\_\_\_ alleine nach Hause gehen/ Bus fahren.  
☐ Mein Kind darf von folgenden Personen abgeholt werden.

Name, Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name, Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Bei Abholung müssen Abholberechtigte sich mit einem Personalausweis ausweisen.

**Wer ist in Notfällen zu benachrichtigen?**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

## Sonstiges, das Sie uns noch mitteilen möchten:

---

---

### Einverständniserklärungen

Wir wurden im beiliegenden Informationsblatt darüber informiert,

- dass das Pädagogische Zentrum sich verpflichtet, die Zuschüsse zur Stadtranderholung durch das Amt für Jugend und Familie der Stadt Ingolstadt in den Sommerferien nur für Ingolstädter Kinder abzurechnen und die hierüber erforderlichen Unterlagen für eine eventuelle Rechnungsprüfung bei sich aufzubewahren.

- dass das Pädagogische Zentrum persönliche Daten (Geburtsdatum, Anschrift, Arbeitgeber) zur Abrechnung des Zuschusses über das Firmensponsoring in den Oster- und Pfingstferien an das Familienbüro Ingolstadt und ggf. auch an den Arbeitgeber – sofern dieser einer der Sponsor-Firmen ist - weitergibt. Sofern diesbezüglich keinen schriftlicher Widerspruch vorliegt, erklären Sie hiermit Ihr Einverständnis.

Mit der Teilnahme Ihres Kindes an der Ferienbetreuung erklären Sie sich grundsätzlich damit einverstanden, dass Fotos von Ihrem Kind, die im Rahmen des Ferienprogramms entstehen, für Veröffentlichungen des Pädagogischen Zentrums bzw. für die Berichterstattung (Print- und elektronische Medien) verwendet werden dürfen. Ein Widerruf ist schriftlich an das Pädagogische Zentrum an die unten angegebene Adresse zu richten.

Ab 01.03.2020 besteht in allen Gemeinschaftseinrichtungen die Masernimpfpflicht. In diesem Zusammenhang bitten wir Sie, bei der Annahme der Platzzusage, einen Impfnachweis zu erbringen. Erbringen Sie diesen Nachweis nicht, dürfen wir Ihr Kind nicht aufnehmen.

Für den Verlust, die Verwechslung und die Beschädigung von Garderobe, mitgebrachtem Spielmaterial und sonstigen Wertgegenständen des Kindes übernimmt der Träger keine Haftung.

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie alle Informationen dieses Anmeldebogens zur Kenntnis genommen haben und sie anerkennen. Mit Ihrer Unterschrift melden Sie Ihr oben genanntes Kind verbindlich für den genannten Zeitraum für die Ferienbetreuung im Pädagogischen Zentrum an.**

### **Wir benötigen die Unterschrift beider Personensorgeberechtigten**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte:r

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Personensorgeberechtigte:r

### **Bitte schicken Sie den Vertrag im Original an:**

Integrationshort an der Montessorischule  
z. Hd. Frau Adlkofer  
Johann-Michael-Sailer-Str. 7  
85049 Ingolstadt

Ingolstadt, \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Träger

Anlage:

### Vorgehensweise im Fall eines Zeckenbisses während des Kita-Besuchs

Sehr geehrte Eltern,

1. Zecken können zahlreiche Krankheiten übertragen, insbesondere Borreliose und die Frühsommermeningitis (FSME). Die Übertragung der FSME-Viren beginnt kurze Zeit nach dem Biss, da sich das Virus in den Speicheldrüsen der Zecken befindet. Bei der Übertragung von Borrelien (Bakterien) erhöht sich das Risiko einer Infektion je länger der Saugvorgang andauert.
2. Zecken sollten daher aus medizinischen Gründen möglichst bald nach ihrer Entdeckung entfernt werden. Das empfehlen u.a. das Robert Koch-Institut, das Kompetenzzentrum für Borreliose, der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, der Bayerische Gemeindeunfall- versicherungsverband und die Bayerische Landesunfallkasse (GUV-X 99932).
3. Das Kita-Personal wird deshalb mittels Zeckenzange oder Zeckenkarte die Zecke ziehen. Es wird die Bissstelle durch Einkreisen markieren und die Erziehungsberechtigten benachrichtigen, damit sie das Kind beobachten und besonders bei Hautreaktionen einen Arzt aufsuchen können. Wenn Erziehungsberechtigte mit dieser Vorgehensweise nicht einverstanden sind, wird die Kita sie anrufen oder eine SMS schreiben, damit sie selbst die Zecke entfernen und/oder mit dem Kind zum Arzt gehen. Die Zeckenentfernung wird ins Verbandbuch eingetragen.

**Erklärung Personensorgeberechtigte:r für das Kind:**

Vor- und Familienname des Kindes: \_\_\_\_\_

- ☐ Ich bin/wir sind einverstanden und willigen ausdrücklich ein, dass die Kita Zecken bei unserem Kind in der oben in Ziffer 3 beschriebenen Vorgehensweise entfernt.

Ort, Datum                      Unterschrift Personensorgeberechtigte:r

Ort, Datum                      Unterschrift Personensorgeberechtigte:r

- ☐ Ich bin/wir sind nicht einverstanden, dass bei meinem/unserem Kind Zecken entfernt werden, möchten aber, dass wir vom Zeckenbiss baldmöglichst informiert werden. Alles Weitere veranlasse/n ich/wir selbst.

Ort, Datum                      Unterschrift Personensorgeberechtigte:r

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Personensorgeberechtigte:r \_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftmandat Ferienbetreuungsvertrag

Zahlungsempfänger  
Pädagogisches Zentrum Förderkreis + Haus Miteinander gGmbH  
Harderstr. 35  
85049 Ingolstadt

Einrichtung: Integrationshort an der Montessorischule

DE50ZZZ00000909996  
Gläubiger-Identifikationsnummer

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Ferienbetreuungsvertrag mit  
\_\_\_\_\_- Personenberechtigt(e) für das Kind  
\_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_

Ich ermächtige die Pädagogisches Zentrum Förderkreis+ Haus Miteinander gGmbH, Harderstr. 35, 85049 Ingolstadt, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Pädagogisches Zentrum Förderkreis+ Haus Miteinander gGmbH, Harderstr. 35, 85049 Ingolstadt auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Zahlungspflichtige:r

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des/der Kontoinhabers/in

\_\_\_\_\_  
Name der Bank

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber:in