

Kindertagesstätte Peppenkum  
Bickenalbstrasse 13  
66453 Gersheim  
Tel.: 06844/267  
Fax: 06844/991613  
Mail: [kitapeppenkum@t-online.de](mailto:kitapeppenkum@t-online.de)

## VERPFLICHTUNGSSCHEIN

Ich verpflichte mich, mein Kind

---

*Name, Vorname*

*Geburtsdatum*

sofort vom Besuch der Kindertageseinrichtung zurückzuhalten und die Kindertageseinrichtung unverzüglich zu benachrichtigen, wenn es an einem hochfieberhaften Infekt oder an einer akuten Magen-Darm-Infektion mit Durchfall und/oder Erbrechen oder an einem unklaren Hautausschlag erkrankt ist.

Auch wenn bei meinem Kind ein sonstige übertragbare oder meldepflichtige Erkrankung auftritt oder der Verdacht auf eine solche Krankheit besteht – wie .B. Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Scharlach, Typhus, Parathypus, Hirnhautentzündung, Virushepatitis, Tuberkulose, Lausbefall oder Krätze fall – werde ich die Kindertageseinrichtung unverzüglich informieren und das Kind erst wieder in die Kindertageseinrichtung bringen, wenn keine Ansteckungsgefahr mehr besteht.

Bei Lausbefall darf mein Kind die Kindertageseinrichtung erst dann wieder besuchen, wenn es frei von Läusen und Nissen ist. Die Kindertageseinrichtung kann ein entsprechendes Attest verlangen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass im Anschluss an eine nach §45 Bundes-Seuchengesetz (BSechG) übertragbare Erkrankung des Kindes die Kindertageseinrichtung erst nach Vorlage eines ärztlichen Attestes wieder besucht werden darf.

Auch wenn ein Angehöriger der Familie an einer übertragbaren Krankheit erkrankt ist, werde ich im Interesse der übrigen Kinder durch Rücksprache mit dem/der behandelnden Arzt/Ärztin oder mit dem Gesundheitsamt abklären lassen, ob mein nicht erkranktes Kind die Einrichtung besuchen darf.

---

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern, Sorgeberechtigten

**IM NOTFALL ZU ERREICHEN:**

Wer soll falls die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten nicht erreichbar sind, benachrichtigt werden?

Name \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

(Angaben zum Verhältnis zum Kind z.B. Oma, Tante Bekannte usw.)

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Hausarzt: Name: \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

Das Kind soll nach einem Unfall oder einer plötzlich auftretenden schweren Krankheit nach Möglichkeit in folgende Klinik eingeliefert werden: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten in der Einrichtung bis zum Ausscheiden Kindes aus der Kindertagesstätte aufbewahrt werden, danach sollen sie unverzüglich vernichtet

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Erziehungsberechtigten

## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Das Kind \_\_\_\_\_ , geb. am \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

wurde am \_\_\_\_\_ von mir untersucht

Gegen den Besuch der Kindertageseinrichtung bestehen keine Bedenken

Das Kind war zum Zeitpunkt der Untersuchung frei von erkennbaren ansteckenden Krankheiten und Parasiten im Sinne des § 45 in Verbindung mit §48 Bundesseuchengesetz.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes/ der Ärztin