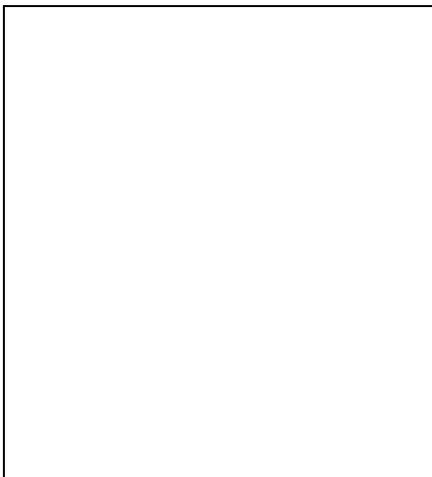


## Brief an die Vertretungskraft

### Aktuelles Foto des Kindes



Womit spielt Ihr Kind gerade am liebsten?  
Womit lässt es sich trösten?  
Wann schläft es oder braucht Ruhepausen?  
Was isst es gerne und was mag es gar nicht?

Liebe Eltern,

im Vertretungsfall ist meist wenig Zeit, diese oder ähnliche Fragen in Ruhe zu besprechen. Aber gerade in dieser besonderen Betreuungssituation ist es wichtig, der Vertretungskraft möglichst viele Informationen über Ihr Kind mit an die Hand zu geben, damit diese sich so gut wie möglich auf die Bedürfnisse Ihres Kindes einstellen bzw. eingehen kann.

Bitte nutzen Sie daher diesen Brief und händigen sie ihn der Vertretungskraft ausgefüllt aus.

Ihr Jugendamt

# Über mich

Ich heiße \_\_\_\_\_

Ich bin geboren am \_\_\_\_\_

Ich wohne in \_\_\_\_\_

Im Notfall rufe bitte an bei \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Handy-Nr.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

dienstlich: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ich werde zu folgenden Zeiten betreut:

Wochentag	Uhrzeiten (von – bis )
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	
Samstag	
Sonntag	

Mein(e) Tagesmutter/-vater heißt: \_\_\_\_\_

Diese Personen dürfen mich auch abholen (Bitte Personalausweis mitbringen):

---

---

---

# Essen & Trinken

Das esse und trinke ich gerne:

---

---

---

Das mag ich gar nicht:

---

---

---

Ich esse

- aus der Flasche
- vom Teller
- alleine
- mit Hilfe
- werde gefüttert

Ich trinke

- aus der Flasche
- aus einem/r Becher/Tasse
- aus einem Schnabelbecher
- mit Hilfe
- alleine

Diese Lebensmittel vertrage ich **nicht** (Unverträglichkeiten, Allergien...)

---

---

---

---

## Gesundheitliches

Das ist bei mir zu beachten  
(Allergien, chronische Erkrankungen, Medikamente, Impfungen, körperliche  
Einschränkungen...):

---

---

---

## Für den Notfall:

Ich bin versichert bei:

Die Versicherungsnr. lautet:

Versicherungsnehmer ist:

---

---

---

**Die Notfallvollmacht hänge ich in Kopie an.**

## Schlafen

Meine Schlafzeiten sind:

von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr

So zeige ich, dass ich müde bin:

---

---

---

Mein „Schlafen-Geh-Ritual“ sieht so aus:

---

---

Zum Schlafen brauche ich unbedingt:

---

---

## **Persönliches**

Damit spiele ich zurzeit am liebsten:

---

---

Das mache ich zurzeit sehr gerne / das interessiert mich sehr:

---

---

Davor habe ich Angst:

---

---

Das hilft mir, wenn ich traurig bin:

---

---

Wenn ich das sage:

---

---

meine ich

---

---



## Vereinbarung einer vertretungsweisen Betreuung in der Kindertagespflege

1. Zwischen den/der Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon

privat

/ dienstlich

/ mobil

/ E-Mail

für das Kind / die Kinder:

\_\_\_\_\_  
geb. am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
geb. am \_\_\_\_\_

**und**

2. Den Mitarbeiter\*innen der Vertretungstagespflegestelle der Stadt Frechen  
Standort: Kölner Straße 64-66, 50226 Frechen

Wird ergänzend zu der Betreuungsvereinbarung mit der Tagespflegeperson

Frau / Herrn \_\_\_\_\_ folgende Vereinbarung getroffen:

Die Mitarbeiter der Vertretungstagespflegestelle nehmen das / die o.g. Kind / Kinder stellvertreten für die Tagespflegeperson auf und übernehmen die Betreuung und Versorgung des Kindes / der Kinder. Ihnen wird die Aufsichtspflicht nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) für den Zeitraum der Betreuung übertragen.

In Eil-, Notfällen darf die Vertretungskraft mit dem Kind einen Arzt/eine Ärztin oder ein Krankenhaus, welche im Folgenden benannt sind, aufzusuchen. Jeweils in Kopie sind Krankenversichertenkarte sowie Impfausweise des Kindes/der Kinder in der Vertretungstagespflegestelle hinterlegt.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/s  
Personensorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/s Mitarbeiter  
Vertretungstagespflegestelle

Name, Anschrift, Telefonnummer des behandelnden Kinder-/Hausarztes/der Hausärztin:

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, Telefonnummer des Zahnarztes/der Zahnärztin:

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, Telefonnummer des gewünschten Krankenhauses:

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, Telefonnummer, Versicherungsnummer der zuständigen Krankenkasse, bei der **das Tageskind/die Tageskinder** versichert ist/sind: