

Kontaktbogen

Vertretungsstützpunkt „Sternschnuppen“

Frau Berg, Frau Schellenberg & Frau Meier-Niermeier
Otto-Brenner-Str. 119, 33604 Bielefeld

Tel.: 0151 4414 6393 (wir bitten bevorzugt um eine telefonische Kontaktaufnahme)

E-Mail: Vertretung.Kindertagespflege@bielefeld.de

Vor und Nachname des Kindes	
Geburtsdatum des Kindes	
Anschrift des Kindes	
Krankenkasse des Kindes	
Gesundheitliche Einschränkungen/Allergien/Krankheiten	
Anschrift und Telefonnummer der Kinderärztin/ des Kinderarztes	
Fläschchen- oder Gläschenkost	ja () nein ()
Milchfl. genaue ml-Angabe	_____

Name 1. sorgeberechtigte Person	
Anschrift	
Telefonnummer privat	
Telefonnummer dienstlich	
Arbeitszeiten	

Name 2. sorgeberechtigte Person	
Anschrift (falls von oben abweichend)	
Telefonnummer privat (falls von oben abweichend)	
Telefonnummer dienstlich	
Arbeitszeiten	

Name der (erkrankten) Kindertagespflegeperson	
Dort in Anspruch genommene Betreuungszeiten	Montag: _____ Dienstag: _____ Mittwoch: _____ Donnerstag: _____ Freitag: _____
Name, Anschrift und Telefonnummer weiterer abholberechtigter Personen	Name: _____ Anschrift: _____ Tel.-Nr.: _____ Name: _____ Anschrift: _____ Tel.-Nr.: _____
Besonderheiten/Sonstiges	

Persönliche Zuordnung der Betreuungsperson			
Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass folgende Betreuungsperson zu folgenden Zeiten die Betreuung meines Kindes übernimmt(*):			
Tage	Zeiten	Name KTPP	Unterschrift PSB
Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass im Krankheitsfall die vertretende Kindertagespflegeperson die Betreuung meines Kindes übernehmen darf.			

(*) Bitte füllen Sie dies mit den vor Ort tätigen Kindertagespflegepersonen aus.

Datum Ort

Sorgeberechtigte Person 1

Datum Ort

Sorgeberechtigte Person 2