



Einverständniserklärungen

Fotos

Personalien des Spielgruppenkindes:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:

➔ Die Kinder werden ausschliesslich mit dem Rücken zur Kamera fotografiert oder die Gesichter der Kinder werden abgedeckt/verpixelt.

- ☐ Ich bin/Wir sind einverstanden, dass Aufnahmen von meinem/unserem Kind gemacht werden.
- ☐ Facebook ☐ Internet Seite
- ☐ WhatsApp → (Im Spielgruppen- Chat ohne abgedecktes Gesicht, die Fotos dürfen **nicht** an **Dritte** weitergeleitet werden.)
- ☐ Ich bin/Wir sind NICHT einverstanden, dass Aufnahmen von meinem/unserem Kind gemacht werden.

Windeln wechseln / Toilettengang

- ☐ Ich bin/Wir sind einverstanden, dass unserem Kind die Windeln gewechselt werden und/oder die nötige Unterstützung beim Toilettengang angeboten wird. Falls das Kind dies zulässt.

Falls Nein, wünsche ich folgendes Vorgehen _____

Apotheke / 1. Hilfe

In der Spielgruppen Apotheke haben wir folgende Artikel:

- * Bepanthen plus -> Desinfektionsspray,
- * Pflaster -> handelsübliche Marken,
- * Fenistil -> Gel gegen Juckreiz

- ☐ Ich bin/Wir sind einverstanden, dass bei unserem Kind diese Medikamente angewendet werden dürfen. Falls das Kind dies zulässt.
- ☐ Ich bin/Wir sind einverstanden, dass bei unserem Kind Verletzungen (Insektenstachel, Spriesen, usw.) behandelt werden dürfen. Vorausgesetzt, das Kind lässt dies zu.



Essen:

Unser Kind hat Allergien oder Unverträglichkeiten:

☐ Unser Kind wird Vegetarisch ernährt.

☐ Unser Kind isst kein Schweinefleisch

☐ _____

Ort, Datum:	Unterschrift mind. eines Elternteils:

Bitte am ersten Spielgruppentag mitbringen und der Hauptleitung abgeben.