

Betreuungsvertrag

über die allgemeine Nutzung der flexiblen Kinderbetreuung des Studierendenwerks Thüringen

zwischen

Studierendenwerk Thüringen
Anstalt des öffentlichen Rechts
Philosophenweg 22
07743 Jena

und der/den sorgeberechtigten Person/en

	1. Person mit Sorgeberechtigung	2. Person mit Sorgeberechtigung
Name, Vorname		
Anschrift		
Telefon privat		
Telefon mobil		
Telefon dienstlich		
E-Mail-Adresse		

zur Betreuung des/der nachfolgend benannten Kindes/Kinder in der flexiblen Kinderbetreuung

**Bauhäuschen
Amalienstraße 13
Raum 315/316
99423 Weimar**

1. Angaben zum ersten Kind:

Name	Vorname
geb. am	in
Besonderheiten des Kindes	

Bitte die Geburtsurkunde des Kindes vorlegen!

Angaben zum zweiten Kind:

Name	Vorname
geb. am	in
Besonderheiten des Kindes	

Bitte die Geburtsurkunde des Kindes vorlegen!

Angaben zum dritten Kind:

Name	Vorname
geb. am	in
Besonderheiten des Kindes	

Bitte die Geburtsurkunde des Kindes vorlegen!

2. Status des*der ersten Sorgeberechtigten

Studierende*r

Hochschule:

Matrikelnummer

Bitte Kopie der Studienbescheinigung oder des Studierendenausweises beilegen!

Mitarbeiter*in

Hochschule/Institut:

Personalausweisnummer:

Bitte Kopie des Arbeitsvertrags, Thoska oder Mitarbeitendenausweis beilegen!

Status des*der zweiten Sorgeberechtigten

Studierende*r

Hochschule:

Hochschule:

Bitte Kopie der Studienbescheinigung oder des Studierendenausweises beilegen!

Mitarbeiter*in

Hochschule/Institut:

Personalausweisnummer:

Bitte Kopie des Arbeitsvertrags, Thoska oder Mitarbeitendenausweis beilegen!

Die Nachweise sind unaufgefordert zu Beginn eines neuen Semesters an den Infozentren des StW Thüringen einzureichen. Bei fehlenden Nachweisen werden Blöcke zum Gasttarif berechnet.

3. Weitere abholberechtigte Person/en (falls gewünscht)

Name, Vorname	Anschrift	Telefon	E-Mail-Kontakt

- Ich erteile / wir erteilen den o. g. Personen die Vollmacht, mein/e / unser/e Kind/er abzuholen.

4. Notfallkontakt/e (falls gewünscht)

Folgende Person/en soll/en kontaktiert werden, wenn keine der unter Punkt 3 genannten abholberechtigten Personen erreicht wurde:

Name, Vorname	Anschrift	Telefon	E-Mail-Kontakt

- Ich erteile / wir erteilen den o. g. Personen die Vollmacht, mein/e / unser/e Kind/er in einer Notfallsituation abzuholen.

5. Vertragslaufzeit

Das Betreuungsverhältnis beginnt am _____

- und läuft auf unbestimmte Zeit
 und endet am _____

6. Betreuungszeiten (falls bereits bekannt, bitte Zeiten eintragen)

	1. Block	2. Block
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		

Die Betreuungszeiten werden zwischen den Vertragsparteien rechtzeitig vereinbart und richten sich nach dem Bedarf der/des jeweiligen Personensorgeberechtigten.

7. Erklärung über Impfungen

Ich bin/wir sind darüber informiert, dass die Einhaltung des empfohlenen Impfplans der STIKO für die betreuten Kinder dringend empfohlen wird.

8. Versicherungen durch die Sorgeberechtigten

Die Aufnahme des Kindes setzt nachfolgende von den Sorgeberechtigten genannte Versicherung voraus:

Angaben zum ersten Kind:

Name der Krankenkasse	
Versicherungsnummer	

Angaben zum zweiten Kind:

Name der Krankenkasse	
Versicherungsnummer	

Angaben zum dritten Kind:

Name der Krankenkasse	
Versicherungsnummer	

9. Allgemeine Nutzungsbedingungen

Ich bestätige, die Allgemeinen Nutzungsbedingungen für die Kurzzeitbetreuung des Studierendenwerks Thüringen (ANB) erhalten zu haben und erkenne sie an. Im Falle der Antragsbestätigung werden die ANB Vertragsbestandteil.

10. Sonstiges

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für die Änderung der Schriftformabrede.

Die etwaige Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen dieses Vertrages lässt die Wirksamkeit der übrigen Vertragsbestimmungen unberührt. Die Parteien verpflichten sich in diesem Fall, eine der unwirksamen Bestimmung möglichst nahekommende wirksame Bestimmung zu treffen. Im Falle von Vertragslücken gilt diejenige Bestimmung als vereinbart, welche nach Sinn und Zweck dieses Vertrages vereinbart worden wäre, hätten die Parteien diesen Punkt bei Vertragsschluss bedacht.

Ort, Datum

Unterschrift der sorgeberechtigten Person/en

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Studierendenwerks Thüringen

Erlaubnis Spaziergänge

Mein/e / unser/e Kind/er darf/dürfen mit der betreuenden Person Spaziergänge unternehmen.

Ja

Nein

Ort, Datum

Unterschrift der sorgeberechtigten Person/en

Nachweis Masernschutzimpfung (von StW auszufüllen)

Es wurde der Nachweis nach § 20 Abs. 9 IfSG für das 1. Kind _____

erbracht durch Vorlage

einer Impfdokumentation, dass ausreichender Impfschutz gegen Masern besteht.

1. Impfung vorgezeigt: _____
Datum, Unterschrift (StW)

2. Impfung vorgezeigt: _____
Datum, Unterschrift (StW)

eines ärztlichen Zeugnisses, dass eine Immunität gegen Masern vorliegt.

eines ärztlichen Zeugnisses, dass aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden kann.

Das Kind ist bei Vertragsabschluss unter 1-jährig bzw. unter 2-jährig.

- Erste Schutzimpfung fällig zum (Vollendung 1. Lebensjahr): _____

- Zweite Schutzimpfung fällig zum (Vollendung 2. Lebensjahr): _____

Es wurde der Nachweis nach § 20 Abs. 9 IfSG für das 2. Kind _____

erbracht durch Vorlage

einer Impfdokumentation, dass ausreichender Impfschutz gegen Masern besteht.

1. Impfung vorgezeigt: _____
Datum, Unterschrift (StW)

2. Impfung vorgezeigt: _____
Datum, Unterschrift (StW)

eines ärztlichen Zeugnisses, dass eine Immunität gegen Masern vorliegt.

eines ärztlichen Zeugnisses, dass aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden kann.

Das Kind ist bei Vertragsabschluss unter 1-jährig bzw. unter 2-jährig.

- Erste Schutzimpfung fällig zum (Vollendung 1. Lebensjahr): _____

- Zweite Schutzimpfung fällig zum (Vollendung 2. Lebensjahr): _____

Es wurde der Nachweis nach § 20 Abs. 9 IfSG für das 3. Kind _____

- erbracht durch Vorlage
 - einer Impfdokumentation, dass ausreichender Impfschutz gegen Masern besteht.
 - 1. Impfung vorgezeigt: _____
Datum, Unterschrift (StW)
 - 2. Impfung vorgezeigt: _____
Datum, Unterschrift (StW)
 - eines ärztlichen Zeugnisses, dass eine Immunität gegen Masern vorliegt.
 - eines ärztlichen Zeugnisses, dass aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden kann.
- Das Kind ist bei Vertragsabschluss unter 1-jährig bzw. unter 2-jährig.
 - Erste Schutzimpfung fällig zum (Vollendung 1. Lebensjahr): _____
 - Zweite Schutzimpfung fällig zum (Vollendung 2. Lebensjahr): _____

Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtige/n Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen aufgrund der von mir/uns gebuchten Betreuungszeiten bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres angegebenen Kontos durch Lastschrift monatlich einzuziehen.

Meine/Unsere Bankverbindung lautet:

Name _____

Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Kontoinhaber*in _____

IBAN _____

BIC _____

Kreditinstitut _____

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift der sorgeberechtigten Person/en