

# 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
<b>Name, Vorname</b>		
<b>Anschrift</b>		
<b>Telefon privat</b>		
<b>Telefon mobil</b>		
<b>Telefon dienstlich</b>		
<b>E-Mail-Adresse</b>		

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

- JUniKinder - Wagnergasse 26, 07743 Jena
- Bauhäuschen - Amalienstraße 13, 99423 Weimar
- Räuberhöhle - Allerheiligenstraße 20, 99084 Erfurt
- FlexKinderIlmenau - Max-Planck-Ring 7, 98693 Ilmenau

## 1. Angaben zum ersten Kind:

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
<b>geb. am</b>	<b>in</b>
<b>Besonderheiten des Kindes</b>	

Bitte die Geburtsurkunde des Kindes vorlegen!

## Angaben zum zweiten Kind:

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
<b>geb. am</b>	<b>in</b>
<b>Besonderheiten des Kindes</b>	

Bitte die Geburtsurkunde des Kindes vorlegen!

**Angaben zum dritten Kind:**

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>
<b>geb. am</b>	<b>in</b>
<b>Besonderheiten des Kindes</b>	

Bitte die Geburtsurkunde des Kindes vorlegen!

**2. Status des\*der ersten Sorgeberechtigten**

- Studierende\*r

Hochschule:

\_\_\_\_\_

Bitte Kopie der Studienbescheinigung oder thoska beilegen!

- Mitarbeiter\*in

Hochschule/Institut:

Personalausweisnummer:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte Kopie des Arbeitsvertrags, thoska oder Mitarbeitendenausweis beilegen!

**Status des\*der zweiten Sorgeberechtigten**

- Studierende\*r

Hochschule:

\_\_\_\_\_

Bitte Kopie der Studienbescheinigung oder thoska 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** (bitte Zeiten angeben, falls bereits bekannt)

	Block 1	Block 2	Block 3	Block 4	Block 5
<b>Montag</b>					
<b>Dienstag</b>					
<b>Mittwoch</b>					
<b>Donnerstag</b>					
<b>Freitag</b>					.....

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

### 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:

<b>Name der Krankenkasse</b>	
<b>Versicherungsnummer</b>	

Angaben zum zweiten Kind:

<b>Name der Krankenkasse</b>	
<b>Versicherungsnummer</b>	

Angaben zum dritten Kind:

<b>Name der Krankenkasse</b>	
<b>Versicherungsnummer</b>	

### 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 ermächtigen 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**