

Elternerklärung

gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Sächsisches Gesetz zur Förderung von Kindern in
Tageseinrichtungen (SächsKitaG) in der Fassung vom 1. Juni 2023* für die Aufnahme des
Kindes in eine Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflege

- bei Erstaufnahme
- bei Änderungen während bestehendem Kitabesuch

*Die Erziehungsberechtigten sind verpflichtet, gesundheitliche Beeinträchtigungen des
Kindes, die sich in der Kindertagesbetreuung auswirken können, der Leitung der
Kindertageseinrichtung oder der Kindertagespflegeperson mitzuteilen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift, Telefonnummer: _____

Erkrankungen/Auffälligkeiten - Bitte Zutreffendes ankreuzen und ausfüllen!

Hiermit wird von den Eltern/Sorgeberechtigten erklärt, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt
(Datum:)

☐ **keine** gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Kindes vorliegen, die sich in der
Kindertagesbetreuung auswirken können oder beachtet werden müssen.

☐ folgende gesundheitliche Beeinträchtigungen/Einschränkungen des o.g. Kindes vorliegen,
die sich in der Kindertagesbetreuung auswirken können:

- Chronische Erkrankungen (z. B. Anfallsleiden, Allergien, Diabetes,
Herzerkrankungen): _____
- Bekannte Unverträglichkeiten (z. B. Unverträglichkeit bestimmter Lebensmittel):

- Beeinträchtigungen des Sehens: _____
- Beeinträchtigungen des Hörens: _____
- Sprachliche Auffälligkeiten: _____
- Motorische Auffälligkeiten (Bewegung): _____
- Sozial-emotionale Besonderheiten: _____
- Ansteckende Krankheiten/Infektionserkrankungen: _____
- Weitere Erkrankungen: _____

Ist für das Kind gegebenenfalls ein besonderer Betreuungsbedarf erforderlich?

☐ Ja. Welcher? (bitte benennen) _____

☐ Nein

Zusätzliche Hinweise:

Impfstatus

Zum Nachweis der erfolgten Impfungen/des Impfstatus wird um Vorlage des Impfausweises oder eines ärztlichen Nachweises der Impfung(en) gebeten.

Masernimpfung:

☐ 1. Impfung im Rahmen der Masern-Mumps-Röteln (MMR) oder Masern-Mumps-Röteln-Varizellen (MMRV) Impfsreihe verabreicht

☐ vollständige Schutzimpfung (2 Impfungen)

Datum der Impfung(en): _____

Alternativ:

Wir erklären, dass wir unsere Zustimmung zu folgenden Schutzimpfungen nicht erteilen:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die o. g. wahrheitsgemäßen Angaben. (Falls nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt, wird auch das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt oder das alleinige Sorgerecht des Unterzeichnenden erklärt.)

Datum

Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten