



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, Spriessen, usw.) behandelt werden dürfen. Vorausgesetzt, das Kind lässt dies zu.

Ort, Datum:	Unterschrift mind. eines Elternteils:
-------------	---------------------------------------