



# Verschiedene Einverständniserklärungen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name meines Kindes: \_\_\_\_\_

## Foto- und Filmerlaubnis

Hiermit möchten wir Sie um Ihr Einverständnis bitten, Fotos und Filme, auf denen Ihr Kind abgebildet sind, zu bestimmten Anlässen veröffentlichen zu dürfen. Da wir in unserer Einrichtung als Dokumentationsmethode u. a. das Portfolio nutzen, lässt es sich nicht vermeiden, dass Ihr Kind in anderen Mappen mit abgebildet wird (Bsp: Gruppenbilder).

Bitte kreuzen Sie an, womit Sie einverstanden sind:

Bitte ankreuzen:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Intern: Tag der Offenen Tür, Gruppenpräsentationen   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Extern: Informationsbroschüren über Kita Leuchtturm  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Extern: Internet (Homepage) oder Zeitungsartikel<br>(Bei mehrfacher oder dauerhafter Veröffentlichung eines Fotos<br>Ihres Kindes, werden Sie zusätzlich um Erlaubnis gebeten) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## Umgang mit geschützten Daten

Alle persönlichen Daten von Kindern und ihren Familien unterliegen nach § 65 SGB VIII dem Datenschutz. Wir möchten Sie darum bitten, der Bekanntgabe folgender Daten zuzustimmen, wenn andere Eltern der Kita Leuchtturm darum bitten:

Bitte ankreuzen:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Namens-, Adress- und Telefondaten (Kind und Eltern) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Geburtsdaten  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Nationalität/Sprache                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

## Kontrolle auf Kopflaus-/Nissenbefall

Um zukünftig schneller auf Kopflaus-/Nissenbefall in unserer Kindertageseinrichtung reagieren zu können, bitten wir Sie um Ihre Einverständniserklärung, bei Verdacht Ihr Kind auf Befall kontrollieren zu dürfen.

Wir Mitarbeiter werden dabei mit größtmöglicher Vorsicht vorgehen, damit kein Kind vor einem anderen Kind bloßgestellt wird.

Bitte ankreuzen:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Die Mitarbeiter können mein Kind bei Verdacht<br>auf Kopflaus-/Nissenbefall kontrollieren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|---|-----------------------------|-------------------------------|

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Personensorgeberechtigten