Soziale Teilhabe

Stiftung Drachensee Postfach 4480 •24043 Kiel

Offene Hilfen Kiel
Ihr Ansprechpartner:
Postanschrift

Koordination Schulen
Bildung & Freizeit
Harmsstraße 66
24114 Kiel

Telefon: 0431 6484-410
E-Mail: ferienbetreuung@drachensee.de

Datum: 27.11.2026

An: Die Eltern, Angehörigen und Erziehungsberechtigten

Anmeldung Ferienbetreuung an der Ellerbeker Schule

Sehr geehrte Eltern, Angehörige und Erziehungsberechtigte,
liebe Schülerinnen und Schüler der Ellerbeker Schule,

wir freuen uns, vom **04. Januar bis zum 06. Januar 2027** in der Ellerbeker Schule die Ferienbetreuung von **08.00 – 16.00 Uhr** anbieten zu können. (**ACHTUNG**: nicht mehr 07:30 Uhr).

Neu für „Gastkinder“:

Wenn Ihr Kind **nicht** an der Bedarfsgerechte Betreuungsgruppe (Nami) teilnimmt und Sie **keinen Betreuungsvertrag** mit der Stiftung Drachensee haben, benötigen wir bei der Anmeldung einen **Erwerbstätigkeitsnachweis**. Die Ferienbetreuung kostet pro Woche **52,83 Euro** **(umsatzsteuerfrei gemäß § 4 Nr. 25 UstG).**

Die Bestellung des Mittagessens erfolgt über den Caterer.
Bitte setzen Sie sich bezüglich der Bezahlung des Essens **vor den Ferien** mit dem Caterer in Verbindung. (KSVB Franken, Tel.: 0431-204963, E-Mail: ksvb.franken@ksvbfranken.de)

Bitte denken Sie daran, Ihrem Kind Frühstück, ein Getränk, Wechselkleidung sowie gegebenenfalls Pflegematerial mitzugeben.

Füllen Sie bitte, das Medizinische Datenblatt auch dann aus, wenn Ihr Kind bereits regelmäßig bei uns an der Betreuung oder der Ferienbetreuung teilnimmt.

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir **kein Kind** betreuen können,
dessen **Notfallmedikamente** nicht vor Ort sind und dessen **Medizinischen Datenblatt** nicht **unterschrieben** vorliegt.

Bei Interesse melden Sie bitte Ihr Kind möglichst umgehend, **spätestens** aber bis zum

11.12.2026

für die Ferienbetreuung an. **Es ist möglich, dass Ihr Kind in den Ferien den Fahrdienst von MediCar nutzen kann.** Hierfür ist eine **rechtzeitige** Anmeldung bei uns nötig!

Sollten Sie im Schulalltag eine **Einzelbegleitung** über einen **anderen Träger** als die Offenen Hilfen in Anspruch nehmen, halten Sie bitte zeitnah bezüglich der Ferien mit diesem Träger Rücksprache. Wir freuen uns sehr über eine kurze Rückmeldung von Ihnen, ob die Begleitung während der Ferienbetreuung übernommen wird, um eine verlässliche Koordination sicherzustellen.

Mit freundlichen Grüßen
Team Bildung und Freizeit
Soziale Teilhabe
Offene Hilfen Kiel

Aufnahmebogen Kund*innen –
Offene Hilfen Kiel „Ferienbetreuung“

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Name des/der Personensorgeberechtigten : _____Vorname: _____

Tel-Nr.: _____

Notfall-Tel-Nr.: _____

E-Mail: _____

verbindlich für die Ferienbetreuung an der **Ellerbeker Schule** an.

☐ **04.01.2027**

☐ **05.01.2027**

☐ **06.01.2027**

Bitte schicken Sie die Anmeldung per E-Mail an: ferienbetreuung@drachensee.de

Einzelbegleitung notwendig

☐ Ja
☐ Nein

Fahrdienst notwendig?

☐ Ja
☐ Nein

Datum: _____ Unterschrift: _____

Informationen über Ihr Kind:

Welche Hilfe braucht Ihr Kind beim Anziehen?	
Welche Hilfe braucht Ihr Kind beim Essen?	
Welche Hilfe braucht Ihr Kind beim Toilettengang?	
Welche Hilfe braucht Ihr Kind beim Gehen? Auch auf längeren Strecken. Sind Hilfsmittel erforderlich?	
Was kann Ihr Kind gut? Was macht es gern?	
Was kann Ihr Kind nicht so gut?	
Gibt es bestimmte Rituale/Besonderheiten (z. B. ein Lieblingskuscheltier, Lieder, Reime o.ä.) die Ihr Kind besonders mag?	
Fällt es Ihrem Kind schwer sich an Grenzen zu halten?	
Sonstige Bemerkungen:	

Datum: _____ Unterschrift: _____

Medizinisches Datenblatt für Nutzer*innen der Offenen Hilfen Kiel

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Name des/der Personensorgeberechtigten : _____Vorname: _____

Tel-Nr.: _____

Notfall-Tel-Nr.: _____

E-Mail: _____

Behinderung/Diagnose:_____

_____

_____

Besteht Epilepsie? ☐ Ja ☐ Nein Besteht Diabetes? ☐ Ja ☐ Nein

Bestehen Allergien? ☐ Ja ☐ Nein

_____

(z. B. Heftpflaster/Getränke, Nahrungsmittel, Insektenstiche etc.)

Wie äußern sich die o. g. Erkrankungen (Verlaufsformen, Symptome, Anzeichen etc.)

_____

_____

_____

Gibt es eine Notfallmedikation? ☐ Ja ☐ Nein

Falls Ja, ist das beiliegende Dokument „ <u>Vereinbarung über die Verabreichung von Medikamenten in einem medizinischen Notfall“</u> “ zwingend auszufüllen (Seite 7).

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte beachten Sie, dass die Mitarbeitenden der Offenen Hilfen Kiel keine Medikamente verabreichen dürfen. Ausgenommen hiervon sind gegebenenfalls Notfallmedikamente.

Bitte geben Sie uns eine aktuelle Medikamentenverordnung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit, damit wir im Notfall dem medizinischen Fachpersonal des Rettungswagens diese wichtigen Informationen geben können.

Sonstige Bemerkungen:

_____

_____

_____

- Die Kund*innen oder deren Sorgeberechtigten sind dazu verpflichtet alle, das Medikament betreffenden, Änderungen unverzüglich den Offenen Hilfen Kiel mitzuteilen und die aktualisierte Medikamentenverordnung mitzugeben.
- Akut erkrankte Kinder/Jugendliche/Kund*innen können nicht betreut werden.

_____

Ort, Datum Unterschrift Nutzer*innen/Personensorgeberechtigte*r

Vereinbarung über die Verabreichung von Medikamenten in einem medizinischen Notfall

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Name des/der Personensorgeberechtigten : _____Vorname: _____

Tel-Nr.: _____

Notfall-Tel-Nr.: _____

E-Mail: _____

Erkrankung: _____

Medizinische Notfallmaßnahmen: Sofern Ihr Kind Notfallmedikamente benötigt, informieren Sie, als sorgeberechtigte Person, mit der Anmeldung die OHK vorsorglich darüber, falls im Notfall besondere Erste-Hilfe-Maßnahmen erforderlich sein sollten. Sollte bspw. bei einem epileptischen Anfall die sofortige Einnahme eines Notfallmedikamentes noch vor Eintreffen des Notfallarztes oder der Abholperson erforderlich sein, wird basierend auf der vorsorglichen Absprache mit der/ den sorgeberechtigten Person(en) **und** dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin das Medikament gegeben.

Der Arzt/die Ärztin, die/der das Notfallmedikament verschreibt, muss bitte auf der Medikamenten Bescheinigung folgenden Satz vermerken:

Die pädagogischen Fachkräfte der Offenen Hilfen Kiel sind in dem Zeitraum vom 04.-06.2027 berechtigt, im medizinischen Notfall, das Notfallmedikament zu geben.

- **Aktuelle Medikamentenbescheinigung liegt vor**
- **Genehmigung der Ärztin/des Arztes zur Verabreichung des Notfallmedikaments durch Mitarbeitende der OHK liegt vor.**

Anlass/Symptome für med. Notfall (z.B. Atemnot, Juckreiz, Hautveränderungen, Krampf):

Verhalten im med. Notfall:

- Die Kund*innen oder deren Sorgeberechtigten sind dazu verpflichtet alle, das Notfallmedikament betreffenden, Änderungen unverzüglich den Offenen Hilfen Kiel mitzuteilen mitzuteilen und die aktualisierte Medikamentenverordnung mitzugeben.
- Die Kund*innen oder deren Sorgeberechtigten tragen die Verantwortung bezüglich der Haltbarkeit der Notfallmedikamente. Das Haltbarkeitsdatum ist vor der Übergabe an die Betreuungskräfte zu überprüfen und zu vermerken.
- Die Betreuungskräfte haften nicht für Schäden, die in Zusammenhang mit der Durchführung der medizinischen Hilfemaßnahmen und der Verabreichung der Notfallmedikamente entstehen, sofern kein Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

_____

Ort, Datum Unterschrift Eltern, Angehörigen und Erziehungsberechtigten

Ich bin mit der Verabreichung des **Notfall-Medikamentes** im **medizinischen Notfall** durch die Betreuungskräfte einverstanden.

☐ Ja ☐ Nein

_____

Ort, Datum Unterschrift Eltern, Angehörigen und Erziehungsberechtigten