

	Städtische Kinderkrippe Pfaffinger Straße 3 83410 Laufen	
Hinweis auf den Datenschutz: Die Angaben in diesem Vordruck werden nur für die Bearbeitung verwendet.		

- Bitte deutlich lesbar ausfüllen -

Anmeldeblatt 2025/2026

Hiermit melde/n ich/wir mein/unser Kind

Name, Vorname/n (Rufname bitte unterstreichen)		Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich
Staatsangehörigkeit: ☐ deutsch ☐		
Geburtsdatum:	Geburtsort:	<u>Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, ☎):</u> Tel.: E-mail:
Konfession/Religion:	Geburtsland:	

- Mindestbuchungszeit wöchentlich 10 Stunden

Wochentag	Buchungszeit von	Buchungszeit bis	mit Mittagessen (bitte ankreuzen)
Montag	Uhr	Uhr	
Dienstag	Uhr	Uhr	
Mittwoch	Uhr	Uhr	
Donnerstag	Uhr	Uhr	
Freitag	Uhr	Uhr	

Unsere Kinderkrippe ist derzeit von 7.15 Uhr bis 16.00 Uhr geöffnet.

Benötigen Sie andere Öffnungszeiten, wenn ja welche?

.....

Der Eintritt in die Kinderkrippe ist vorgesehen ab:

.....

Mit der Konzeption der Kinderkrippe und der Kindergartengebührensatzung sowie der Kinderbetreuungssatzung in der jeweils aktuellen Fassung bin ich einverstanden:

☐ Ja ☐ Nein

Eltern	Mutter	Vater
Familiennamen (ggf. Geburtsnamen), Vorname		
Geburtsdatum		
Konfession/Religion		
Staatsangehörigkeit	☐ deutsch ☐ _____	☐ deutsch ☐ _____
Sprache	☐ Deutsch ☐ _____	☐ Deutsch ☐ _____
Beruf		
Telefonisch erreichbar unter ☎	privat: beruflich:	privat: beruflich:
Berufstätig? Wo?	☐ nein ☐ ja bei: täglich von - bis:	☐ nein ☐ ja bei: täglich von - bis:
Familienstand	☐ ledig (Jahr:) ☐ geschieden seit: ☐ verheiratet seit: ☐ verwitwet seit: ☐ getrennt lebend seit:	☐ ledig (Jahr:) ☐ geschieden seit: ☐ verheiratet seit: ☐ verwitwet seit: ☐ getrennt lebend seit:
Anschrift (falls abweichend vom Kind)		

Das Kind hat einen Vormund ☐ nein ☐ ja	Wenn ja, Name und Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, ☎)	
Geschwister des Kindes	Vorname/n, Name/n (falls abweichend):	Geburtsdatum:
Hausarzt des Kindes (Name, Anschrift, ☎)		
Krankenkasse, bei der das Kind versichert/mitversichert ist		

☐ Hiermit bestätige ich, dass ich ärztliche Bescheinigung/ Impfausweis oder Untersuchungsheft des oben genannten Kindes vorgelegt habe. (§ 34 Abs. 10a Infektionsschutzgesetz)

☐ Allergien: _____

☐ Unverträglichkeiten _____

☐ Sonstiges _____

Ich bin/wir sind mit dem Lastschriftinzug durch die Stadt Laufen einverstanden.

Bitte buchen Sie den Elternbeitrag monatlich von meinem/unserem nebenstehenden Konto ab.

Bank:

BLZ / BIC:

Kontonummer / IBAN:

Kontoinhaber:

Impfungen	Datum
Tetanus	
1. Masernimmunisierung	
2. Masernimmunisierung	

Sonstige Bemerkungen:

Ich bin alleinerziehend ☐

Mein/unser Kind ist behindert oder von Behinderung bedroht ☐

(entsprechende Nachweise liegen bei ☐ liegen bereits bei der Einrichtungsleitung vor ☐)

Sonstiges (z. B. abholberechtigte Personen, Entfernung Wohnort-Krippe, befristeter Besuch u. a.)

.....
.....
.....

Achtung: Vor dem gewünschten Eintrittstermin ist eine Eingewöhnungsphase von ca. 4 – 6 Wochen einzurechnen. Hier muss ein Elternteil / vertraute Person des Kindes verfügbar sein

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass diese Anmeldung keinen Anspruch auf einen Platz garantiert. Des Weiteren erfolgt eine Gruppeneinteilung erst nach Gesamtauswertung der Kindergarteneinschreibung.

83410 Laufen, den _____

(Unterschrift/en des/r Sorgeberechtigten)