

	Städtischer Kinderhort 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 2024/2025

Hiermit melde/n ich/wir mein/unser Kind

Name, Vorname/n (Rufname bitte unterstreichen)			Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Konfession/ Religion:	Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, 📠):	
			Tel.:	
			e-mail:	

Städtischer Kinderhort

- Mindestbuchungszeit wöchentlich 10 Stunden

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

Unser Kinderhort ist derzeit von 11.00 Uhr bis 17.00 Uhr geöffnet.

In den Ferienzeiten ist er von 7.30 Uhr bis 16.30 Uhr geöffnet.

Stunden wöchentlich	Ferienzeit	Buchung	Stunden wöchentlich	Ferienzeit	Buchung
	ab 15 bis 29 Tage	ab 30 bis 44 Tage		ab 15 bis 29 Tage	ab 30 bis 44 Tage
1h bis 2h			6h bis 7h		
2h bis 3h			7h bis 8h		
3h bis 4h			8h bis 9h		
4h bis 5h			über 9h		
5h bis 6h					

Benötigen Sie andere Öffnungszeiten, wenn ja welche?

.....

Der Eintritt in den Kinderhort ist vorgesehen ab:

.....

Mit den Aufnahmebedingungen und der Hortordnung bin ich/sind wir einverstanden.

Ja

Nein

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

Das Kind hat einen Vormund <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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-Hort, befristeter Besuch u.a.)

.....

.....

83410 Laufen, den _____

 (Unterschrift/en des/r Sorgeberechtigten)