

	Städtische Kindergarten Pfaffinger Straße 3 83410 Laufen	
<small>Hinweis auf den Datenschutz: Die Angaben in diesem Vordruck werden nur für die Bearbeitung verwendet</small>		

- 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:	

für den Kindergarten an. Aus pädagogischen Gründen ist die Anwesenheit eines Kindergartenkindes während der Kernbuchungszeit zwingend erforderlich.

Kernbuchungszeit	Bitte ankreuzen	Evtl. Änderungswunsch hinsichtlich der Kernbuchungszeit
8:30 Uhr – 12:30 Uhr		

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		

Der Eintritt in den Kindergarten ist vorgesehen ab:

.....

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

Ja Nein

Eltern	Mutter	Vater
Familiennname (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"/> Deusch <input type="checkbox"/>
Beruf		
Telefonisch erreichbar unter ☎	privat: beruflich:	privat: 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		

<input type="checkbox"/> Hiermit bestätige ich, dass ich ärztliche Bescheinigung/ Impfausweis oder Untersuchungsheft des oben genannten Kindes vorgelegt habe. (§ 34 Abs. 10a Infektionsschutzgesetz)
<input type="checkbox"/> Allergien: _____
<input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten _____
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>
Mein/unser Kind ist behindert oder von Behinderung bedroht (entsprechende Nachweise liegen bei <input type="checkbox"/> liegen bereits bei der Einrichtungsleitung vor <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (z.B. abholberechtigte Personen, Entfernung Wohnort-Krippe, befristeter Besuch u.a.)	

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Gruppeneinteilung erst nach Gesamtauswertung der Kindergarteneinschreibung erfolgen kann.

83410 Laufen, den _____

_____ (Unterschrift/en des/r Sorgeberechtigten)