

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

- Bitte deutlich lesbar ausfüllen -

## Anmeldeblatt 2025/2026

Hiermit melde/n ich/wir mein/unser Kind

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

### - Mindestbuchungszeit wöchentlich 10 Stunden

Wochentag	Buchungszeit von	Buchungszeit bis	mit Mittagessen (bitte ankreuzen)
<b>Montag</b>	Uhr	Uhr	
<b>Dienstag</b>	Uhr	Uhr	
<b>Mittwoch</b>	Uhr	Uhr	
<b>Donnerstag</b>	Uhr	Uhr	
<b>Freitag</b>	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 den Aufnahmebedingungen und der Krippenordnung bin ich/sind wir einverstanden.

Ja  Nein

Eltern	Mutter	Vater
Familienname (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: 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		

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

Allergien: \_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

<b>Ich bin/wir sind mit dem Lastschriftinzug durch die Stadt Laufen einverstanden.</b>  <b>Bitte buchen Sie den Elternbeitrag monatlich von meinem/ unserem nebenstehenden Konto ab.</b>	Bank:
	BLZ / BIC:
	Kontonummer / IBAN:
	Kontoinhaber:

Impfungen	Datum
Tetanus	
1. Masernimmunisierung	
2. Masernimmunisierung	

<b>Sonstige Bemerkungen:</b>	
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.)	
.....	
.....	
.....	

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

83410 Laufen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift/en des/r Sorgeberechtigten)