



## 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 Lastschrifteinzug 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 allein erziehend

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)