

	Städtische Kinderkrippe Pfaffingerstraße 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 2019/2020

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.:	

Städtischer Kinderkrippe - 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		

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	Vater	Mutter
Familienname (ggf. Geburtsname), Vorname		
Geburtsdatum		
Konfession/Religion		
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		

<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:

Sonstige Bemerkungen:	
Ich bin allein erziehend	<input type="checkbox"/>
Mein/unser Kind ist behindert oder von Behinderung bedroht	<input type="checkbox"/>
(entsprechende Nachweise liegen bei <input type="checkbox"/> liegen bereits bei der Einrichtungsleitung vor <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 Wochen einzurechnen. Hier muss ein Elternteil verfügbar sein

83410 Laufen, den _____

(Unterschrift/en des/r Sorgeberechtigten)