**ANMELDEFORMULAR  
HORT**

**Kinderhort Kathi-Baur-KiTa**

Baiersdofer Straße 6 + 8, 96264 Altenkunstadt, Telefon: 09572 6601

**Hort St. Martin**

Eichenweg 16, 96215 Lichtenfels, Telefon: 09571 75533412

Hiermit melde ich mein Kind zum       (Datum) an.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name:** |  | | | | | | | **Vorname (n)** | | | |  | | |
| **Straße u. Nr.:** | | |  | | | | | | | | | | | |
| **PLZ/Wohnort:** | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Gemeinde/Kommune:** | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Geburtsdatum:** | | |  | | | | **Geburtsort / Land:** | | | | | |  | |
| **Migrant:**  ja  nein | | | | | | Kind, dessen beide Eltern nicht deutschsprachiger Herkunft sind, Familiensprache ist nicht deutsch | | | | | | | | |
| **Geschlecht:** weiblichmännlich | | | | | | **Konfession:** | | | | | | |  | |
| **Staatsangehörigkeit:** | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Krankenkasse:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Geschwister:** | | | | | | | | | | | **Weitere Geschwister** | | | |
| 1.) | | | | | geb. am | | | | | |  | | | |
| 2.) | | | | | geb. am | | | | | |
| 3.) | | | | | geb. am | | | | | |
| **Hausarzt des Kindes, der im Bedarfsfall konsultiert werden kann-** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Name:** | |  | | | | | | | | **Telefon:** | | | |  |
| **Anschrift:** | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Überstandene Krankheiten** (z. B. Mumps, Masern, Röteln, Scharlach, Diphterie, Windpocken) | | | | | | | | | | | | | | |
| **Impfungen** (Art und Datum) | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datum der letzten Tetanusimpfung:** | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Bitte bringen Sie das Untersuchungsheft mit!! Nachweis erbracht?**  ja  nein | | | | | | | | | | | | | | |
| **Besonderheiten / Allergien:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Abholberechtigt Personen (Name, Anschrift, Telefonnummer)** | | | | | | | | | | | | | | |

Name, Vorname Kind:

**Angaben der Eltern / Bezugsperson**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Personensorgeberechtigte **/ Mutter** | Personensorgeberechtigter / **Vater** |
| **Name:** |  |  |
| **Vorname:** |  |  |
| **Geburtsdatum:** |  |  |
| **Straße u. Nr.:** |  |  |
| **PLZ/Wohnort:** |  |  |
| **ggf. Ortsteil:** |  |  |
| **Alleinerziehend?** | ja  nein | ja  nein |
| **Telefon:** |  |  |
| **Fax:** |  |  |
| **Telefon Arbeit:** |  |  |
| **Handy Nr.:** |  |  |
| **E-Mail:** |  |  |
| **Beruf:** |  |  |
| **Familienstand:** |  |  |
| **Konfession:** |  |  |
| **Staatsangehörigkeit:** |  |  |
| **Herkunftsnationalität:** |  |  |
| **IBAN:**  **BIC** |  | |
| **Kreditinstitut:**  **Kontoinhaber:** |  | |

**Hat das Kind einen Vormund?**  ja  nein

**Name und Anschrift des Vormunds:**

Name, Vorname Kind:

**Betreuungsbuchung**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | von | bis | und | von | bis |  |
| Montag |  |  |  |  |  | Std. |
| Dienstag |  |  |  |  |  | Std. |
| Mittwoch |  |  |  |  |  | Std. |
| Donnerstag |  |  |  |  |  | Std. |
| Freitag |  |  |  |  |  | Std. |
| **Buchungsstunden wöchentlich:** | | | | | | Std. |

Falls Sie sich bei den Buchungszeiten noch nicht sicher sind, bitten wir um eine Angabe der benötigten Wochenstunden:

1 – 2 Stunden (5,00 – 10,00 Stunden wöchentlich)

2 – 3 Stunden (10,01 – 15,00 Stunden wöchtentlich)

3 – 4 Stunden (15,01 – 20,00 Stunden wöchentlich)

4 – 5 Stunden (20,01 – 25,00 Stunden wöchentlich)

5 – 6 Stunden (25,01 – 30,00 Stunden wöchentlich)

6 – 7 Stunden (30,01 – 35,00 Stunden wöchentlich)

7 – 8 Stunden (35,01 – 40,00 Stunden wöchentlich)

8 – 9 Stunden (40,01 – 45,00 Stunden wöchentlich)

9 – 10 Stunden (45,01 – 50,00 Stunden wöchentlich)

Mittagsverpflegung durch die Einrichtung  ja regelmäßig  ja unregelmäßig  nein

**Mein Kind darf alleine nach Hause gehen**

**Mit Ferienbetreuung  Ohne Ferienbetreuung**

Ort, Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten

|  |  |
| --- | --- |
| **Weiterleitung an**  Datum: Handz.:  - Prüfung der Daten, KiTa / Hort Leitung:  - Eingabe in Adebis/ SB KiTa´s/  - Personal- / Analyseüberprüfung:  - Ausdruck für Bildungs-u. Betreuungsvertrag SB KiTa´s |  |