

# St. Kunigund

Holzschuherring 40  
91058 Erlangen-Elfersdorf  
09131 - 601301

## Voranmeldung für den Hort

(Die Anmeldung ist unverbindlich)

**Aufnahmedatum** \_\_\_\_\_  Integrativplatz

**Name, Vorname des Kindes** \_\_\_\_\_

Geb. am \_\_\_\_\_

vorauss. Schule \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

Ist Ihr Kind bereits in einer unserer Einrichtungen angemeldet?  ja  nein

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_

Sind Geschwisterkind(er) bereits in unserer Einrichtung angemeldet  ja  nein

Name der Einrichtung \_\_\_\_\_

### Personensorgeberechtigte/r

1. \_\_\_\_\_

*Vor- und Zuname*

\_\_\_\_\_

*Straße und Haus-Nr.*

\_\_\_\_\_

*PLZ, Ort*

\_\_\_\_\_

*Telefonnummer*

\_\_\_\_\_

*Telefonnummer / Handy*

\_\_\_\_\_

*Geburtsland*

\_\_\_\_\_

*Staatsangehörigkeit*

2. \_\_\_\_\_

*Vor- und Zuname*

\_\_\_\_\_

*Straße und Haus-Nr.*

\_\_\_\_\_

*PLZ, Ort*

\_\_\_\_\_

*Telefonnummer*

\_\_\_\_\_

*Telefonnummer / Handy*

\_\_\_\_\_

*Geburtsland*

\_\_\_\_\_

*Staatsangehörigkeit*

Sonstige Mitteilung \_\_\_\_\_

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des / der Personensorgeberechtigten

# St. Kunigund

Holzschuherring 40  
91058 Erlangen-Elfersdorf  
09131 - 601301

Mein Kind hat folgende Krankheit, Allergien, deshalb muss im Hort folgendes beachtet werden.

Im Notfall benötigt mein Kind folgendes Medikament, welches die Betreuer verabreichen dürfen.

Bitte für mein Kind Mittagessen bestellen (Kosten 2,95 Euro/pro Essen)

reguläres Essen       moslemisch       vegetarisch       kein Essen

## Beförderung

Kommt  
in der Schulzeit

- mit Eltern  
 selbständig/Stadtbus  
 Taxiunternehmen  
 **mit Hort/HPT-Bus  
(nur in Absprache mit der  
Einrichtung ankreuzen)**

geht

- mit Eltern  
 selbständig/Stadtbus  
 Taxiunternehmen  
 **mit Hort/HPT-Bus  
(nur in Absprache mit der  
Einrichtung ankreuzen)**

Kommt  
in den Ferien

- mit Eltern  
 selbständig/Stadtbus  
 **mit Hort/HPT-Bus  
(nur in Absprache mit der  
Einrichtung ankreuzen)**

geht

- mit Eltern  
 selbständig/Stadtbus  
 **mit Hort/HPT-Bus  
(nur in Absprache mit der  
Einrichtung ankreuzen)**

## Kontoverbindung

Nachname (Kontoinhaber)

Vorname

Bankinstitut

IBAN oder Bankleitzahl

Kontonummer

- Die Personenberechtigten werden einen Antrag auf Kostenübernahme durch das Jugendamt oder einen anderen Kostenträger stellen.

## Die Buchungszeiten sind von der Einrichtung auszufüllen

- ab 15 bis 29 Tage = 1 Monat       ab 30 bis 44 Tage = 2 Monate       ab 45 Tage = 3 Monate

Buchung in der Schulzeit(Std.)	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Buchungszeit
11.15 – 17.15	6	6	6	6	6	
12.15 – 17.15	5	5	5	5	5	
13.00 – 17.00	4	4	4	4	4	
11.15 – 18.15	7	7	7	7	7	
12.15 – 18.15	6	6	6	6	6	
13.00 – 18.00	5	5	5	5	5	

Wochenstunden

: 5 = Tägliche Buchung durchschnittlich

Abweichende Buchung in der Ferienzeit (Std.)	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Buchungszeit
8.00 – 17.00	9	9	9	9	9	
9.00 – 17.00	8	8	8	8	8	
10.00 – 17.00	7	7	7	7	7	
8.00 – 18.00	10	10	10	10	10	
9.00 – 18.00	9	9	9	9	9	
10.00 – 18.00	8	8	8	8	8	

Wochenstunden

: 5 = Tägliche Buchung durchschnittlich