

## Datenblatt Hort

Aufgenommen am: \_\_\_\_\_ Abgemeldet am: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname des Kindes: \_\_\_\_\_

Soz. Vers. Nr.: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Gemeinde: \_\_\_\_\_

Religionsbekenntnis: \_\_\_\_\_ Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_ Erstsprache: \_\_\_\_\_

Geschwister / Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

Eltern:	Vater	Mutter
Vor- und Zuname:	_____	_____
Geboren am:	_____	_____
Familienstand:	_____	_____
Religionsbekenntnis:	_____	_____
Staatsbürgerschaft:	_____	_____
Wohnadresse:	_____	_____
Obsorgeberechtigte/r: (Erziehungsberechtigte/r) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon/Handy:	_____	_____
E-Mail Adresse:	_____	_____
Beruf:	_____	_____
Beschäftigt bei:	_____	_____
	Vollzeit: <input type="checkbox"/> Teilzeit: <input type="checkbox"/>	Vollzeit: <input type="checkbox"/> Teilzeit: <input type="checkbox"/>
Telefon am Arbeitsplatz:	_____	

Wer kann in dringenden Fällen telefonisch kontaktiert werden (wenn Eltern nicht erreichbar)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gib es Personen, von denen das Kind NICHT abgeholt werden darf?

- Ja \_\_\_\_\_
- nein

Impfungen: Masern  Röteln  Tetanus  FSME

Weitere \_\_\_\_\_

Welche Krankheiten hatte das Kind? \_\_\_\_\_

Worauf muss im Hort geachtet werden (Allergien, Herzfehler, Diabetes,...) \_\_\_\_\_

Erhält das Kind spezielle Förderung oder Therapie? \_\_\_\_\_

Name, Tel.Nr. des Hausarztes \_\_\_\_\_

Besuchte das Kind bereits eine Einrichtung (Tagesmutter, Kindergarten, Hort,...)?

Welche/n? \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten: (Infos liegen im Hort auf)**

- JA, ich erteile entsprechend dem beiliegendem Merkblatt die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall – nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden – Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen zur Einnahme von Kaliumjodidtabletten bekannt sind.
- NEIN, ich erteile die Einwilligung nicht

**VORAUSSICHTLICHE HORTTAGE:**

- 3 Tages- Tarif                       5 Tages Tarif

**An folgenden Tage benötigen wir den Hort:**

- Mo                       Di                       Mi                       Do                       Fr

**Ja, bei Möglichkeit würde ein Platzsharing-Angebot passen:**

- benötigte 2 Tage**     Mo     Di     Mi     Do     Fr

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern / gesetzl. Erziehungsberechtigten