

## Änderung der Anmeldung für die Schulkindbetreuung an der Fridolinschule



**Bei nachträglichen Änderungen in der Anmeldung müssen mindestens die roten Felder ausgefüllt sein.**

# Kind

**Vorname:**

**Nachname:**

**Jahrgangsstufe:**

**Geburtstag:**

**Schulform:**

- Halbtage  
 Ganztage

**Mein Kind ist gegen Masern geimpft / bereits immun:**

- Ja

**Allergien:**

**Medikamente:**

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mein Kind ist glutenintolerant   | <input type="checkbox"/> Mein Kind ist laktoseintolerant   |
| <input type="checkbox"/> Mein Kind isst kein Schweinefleisch  | <input type="checkbox"/> Mein Kind ernährt sich vegetarisch  |
| <input type="checkbox"/> Mein Kind darf nach Ende der gebuchten Betreuung alleine nach Hause        | <input type="checkbox"/> Mein Kind darf an Ausflügen teilnehmen  |
| <input type="checkbox"/> Mein Kind darf im Sommer mit handelsüblicher Sonnencreme eingecremt werden | <input type="checkbox"/> Fotos, auf welchen mein Kind zu sehen ist, dürfen sowohl in der öffentlichen Presse veröffentlicht, als auch für die Öffentlichkeitsarbeit der betreuenden Organisationen genutzt werden. |
| <input type="checkbox"/> Betreuer dürfen bei meinem Kind Zecken entfernen                           |  |

## Fridolinschule - Halbtage

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

<b>07:00 - 13:00</b>	<b>07:00 - 08:00</b>	<b>07:00 - 13:00</b>	<b>07:00 - 08:00</b>	<b>07:00 - 08:00</b>
<input type="checkbox"/> buchen	<input type="checkbox"/> buchen	<input type="checkbox"/> buchen	<input type="checkbox"/> buchen	<input type="checkbox"/> buchen

# Erziehungsberechtigter

**Email:**

---

**Telefonnummer:**

---

**Vorname:**

**Nachname:**

---

**Straße:**

**Adresszusatz:**

---

**Postleitzahl:**

**Stadt:**

---

**Brutto Haushaltseinkommen pro Monat:**

- 0 - 1.499 €  
 1.500 - 2.499 €  
 2.500 - 3.499 €  
 3.500 - 5.999 €  
 mehr als 6.000 €

**Ich habe mindestens ein weiteres Kind in einer kostenpflichtigen öffentlichen Kindertageseinrichtung :**

- Ja  
 Nein

**Wenn ja, geben Sie hier den Namen des kostenpflichtigen Kindergartens an :**

---

**Berufliche Situation:**

- Alleinerziehender Elternteil /Erziehungsberechtigter ist berufstätig  
 Alleinerziehender Elternteil / Erziehungsberechtigter ist arbeitssuchend  
 Beide Elternteile / Erziehungsberechtigte sind berufstätig  
 Beide Elternteile / Erziehungsberechtigte sind arbeitssuchend  
 Ein Elternteil / Erziehungsberechtigter ist berufstätig // arbeitssuchend

**Ich bin alleinerziehend:**

- Ja  
 Nein

**Name des Notfallkontakts:**

---

**Telefonnummer für evtl. Notfälle:**

---

**Weitere abholberechtigte Personen:**

---

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Ich ermächtige die betreuende Organisation Dieter-Kaltenbach-Stiftung Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der betreuenden Organisation Dieter-Kaltenbach-Stiftung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich habe die allgemeinen Vertragsbedingungen der Stadt Lörrach zur Schulkindbetreuung gelesen und akzeptiere diese.

Ich habe verstanden, dass meine Anmeldung von den betreuenden Organisationen widerrufen werden kann, wenn die Betreuungskapazitäten überschritten sind. Ein Recht auf Aufnahme zur Betreuung besteht nicht.

Ich habe die Datenschutzerklärung der Stadt Lörrach gelesen und bin damit einverstanden, dass meine Daten und die Daten meiner Kinder elektronisch verarbeitet und an die betreuende Organisation weitergegeben werden.

Datum	Unterschrift