

Antrag auf Kindertagesbetreuung im Johanniter Hort

Hammerstraße 2c, 14776 Brandenburg an der Havel



JOHANNITER
Aus Liebe zum Leben

Eingangsdatum der Anmeldung:
(wird vom Hort ausgefüllt)

Anmeldung per E-Mail an:
katja.kuehl@johanniter.de

Angaben zum Kind / Pflegekind

| | | |
|---|---|---|
| Vor- und Nachname | | Geb. Datum |
| | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Aufnahmedatum (Gewünscht/Spätestens) | | Vollständiger Impfschutz |
| Ist das Kind bereits betreut? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Wenn ja, wo? | | |
| Voraussichtlicher Betreuungsbedarf | <input type="checkbox"/> <u>unter</u> 4 Stunden <input type="checkbox"/> <u>über</u> 4 Stunden | Bedarf am Frühhort (ab 6:00 Uhr) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Auf welche Schule geht Ihr Kind bzw. wird Ihr Kind gehen? | | |

Angabe zu den Sorgeberechtigten

| | | |
|---------------------|-----------|---|
| | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Vor- und Nachname | | Berufstätig |
| | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Anschrift, PLZ, Ort | | Sorgeberechtigt |
| Tel. Nr. | Handy Nr. | E-Mail |

| | | |
|---------------------|-----------|---|
| | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Vor- und Nachname | | Berufstätig |
| | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Anschrift, PLZ, Ort | | Sorgeberechtigt |
| Tel. Nr. | Handy Nr. | E-Mail |

Bemerkung

(z.B. Geschwisterkind, Empfehlung, Freund von...)

Hiermit bestätigen Sie Ihr Einverständnis in die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung der genannten Daten für die Anmelde-Liste. Darüber hinaus geben Sie Ihre Einwilligung zur Weitergabe von Daten im Rahmen des Rechtsanspruchsverfahrens mit dem örtlichen Träger der Jugendhilfe. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Antrag stellt keinen Rechtsanspruch auf einen Platz im Hort dar. Ein ausreichender Impfschutz des Kindes (Empfehlung STIKO) ist Voraussetzung für den Besuch der Einrichtung und wird Vertragsbestandteil.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r