



GEMEINDE PINSDORF



E-Mail: kgpinsdorf@aon.at

Anmeldung für die Krabbelstube

Angaben zum Kind:

Familienname: _____	
Vorname: _____	
Geburtsdatum: _____	
PLZ: _____	Ort(Hauptwohnsitz): _____
Straße/Hausnummer: _____	
Staatsbürgerschaft: _____	Religionsbekenntnis: _____
Muttersprache: _____	
Geschwister: _____	Geburtsjahr: _____

Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag 07:00 – 15:00 Uhr **(mindestens 2 Tage pro Woche)**
Ab wann(Datum 1. Betreuungstag) soll Ihr Kind die Krabbelstube besuchen?

Welche Betreuungszeiten benötigen Sie?

Von _____ Uhr bis _____ Uhr _____

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Kontakt - Wer kann in dringenden Fällen telefonisch erreicht werden?

Tel. Mutter: _____
Tel. Vater: _____
Sonstige: _____
E-Mail: _____

Abholberechtigte Personen:

Wer übergibt, bzw. holt das Kind ab: _____	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter
Sonstige Personen: _____		

Gesundheit:

Blutgruppe: _____ Rhesusfaktor: _____

Impfungen:

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6-fach Impfung | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Mumps- Masern | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Tetanus |
| <input type="checkbox"/> Zecken (FSME) | <input type="checkbox"/> sonstige _____ | |

Krankheiten:

- | | | |
|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Herz – Kreislaufverk. | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Krankheiten: _____ | | |

Sonstiges:Entwicklungsverzögerungen, Sprachprobleme, Auffälligkeiten
Behinderung lt. Behindertengesetz : _____

Medikamente: _____

Hausarzt: _____ in: _____ Tel.: _____

Mutter:

Nachname: _____ Vorname: _____

Akad. Grad: _____ Familienstand: _____

Geboren am: _____ Staatsbürgerschaft: _____

Adresse Hauptwohnsitz: _____

E-Mail Adresse: _____

Muttersprache _____

Beruf: _____

-
- Vollzeit
-
- Teilzeit
-
- nicht berufstätig

Arbeitsgeber: _____ ab: _____

Erziehungsberechtigte: ja neinAlleinerzieherin: ja nein

Vater:

Nachname: _____	Vorname: _____
Akad. Grad: _____	Familienstand: _____
Geboren am: _____	Staatsbürgerschaft: _____
Adresse Hauptwohnsitz: _____	
E-Mail Adresse: _____	
Muttersprache _____	
Beruf: _____	
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> nicht berufstätig	
Arbeitsgeber: _____	ab: _____
Erziehungsberechtigte: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Alleinerzieherin: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Angaben zum Erziehungsberechtigten (falls abweichend von Eltern)

Nachname: _____	Vorname: _____
Akad. Grad: _____	Familienstand: _____
Geboren am: _____	Staatsbürgerschaft: _____
Adresse Hauptwohnsitz: _____	
E-Mail Adresse: _____	
Muttersprache _____	
Beruf: _____	
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> nicht berufstätig	
Arbeitsgeber: _____	ab: _____
Erziehungsberechtigte: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Alleinerzieherin: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Kontaktperson (wenn Eltern nicht erreichbar):

Familiennamen: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	
PLZ: _____	Ort: _____
Straße/Hausnummer: _____	
Telefonnummer: _____	
E-Mail: _____	

Einverständniserklärung:

Kalium-Jodtabletten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Veröffentlichung Bild (nur für die Zwecke des Kindergartens)
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Änderungen der Anschrift, der Telefonnummern oder des Arbeitsgebers sind sofort bekannt zu geben!

Durch meine Unterschrift nehme ich die Krabbelstubenordnung und die Krabbelstubenbeitragsverordnung zur Kenntnis und erkläre mich mit diesen und mit den im pädagogischen Konzept festgelegten Erziehungszielen der Krabbelstube einverstanden. Ich stimme einer Veröffentlichung von Fotos meines Kindes, die im Krabbelstubenalltag gemacht werden, im amtlichen Mitteilungsblatt bzw. zu Bewerbungszwecken der Krabbelstube zu.

Weiters nehme ich zur Kenntnis, dass mein Kind nur von den oben angeführten Personen in die Krabbelstube gebracht und abgeholt werden darf (Mindestalter 18 Jahre). Eine Änderung ist dem Personal in der Krabbelstube unbedingt umgehend bekannt zu geben!

Ich stimme einer Weitergabe der Daten meines Kindes (Name, Geburtsdatum, Hauptwohnsitz) an die OÖ Landesregierung zum Zweck der Abwicklung des Landeszuschusses und des Landesbeitrages zu den Kosten der Kinderbetreuung zu.

- Vorgelegt wurden:**
- Geburtsurkunde
 - ärztliches Attest
 - Impfkarte

Datum, Unterschrift(Erziehungsberichtige/r)

✂.....

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Abbuchungsauftrag für Lastschriften:

Kontoinhaber: _____

Bezeichnung des Bankinstitutes: _____

IBAN _____ BIC: _____

Hiermit ermächtige ich die Gemeinde Pinsdorf widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift abzubuchen.

Datum, Unterschrift Kontoinhaber