



## Anmeldung für die Krabbelstube

### Angaben zum Kind:

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

### Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag:  
Frühdienst: 6:45 – 7:30 Uhr  
Vormittag: 7:30 – 12:00 Uhr (frühestens 11:30 Abholzeit)  
Ganztags: 7:30 – 15:00 Uhr  
**mindestens 2 Tage pro Woche**

Ab wann (Datum 1. Betreuungstag) soll Ihr Kind die Krabbelstube besuchen?  
\_\_\_\_\_

### Arbeitsbestätigung dient als Grundlage zur Aufnahme!

Welche Betreuungszeiten benötigen Sie?

(muss mit Arbeitszeit übereinstimmen)

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:  Vater  Mutter  
Sonstige Personen: \_\_\_\_\_

## Gesundheit:

Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Rhesusfaktor: \_\_\_\_\_

### Impfungen:

- 6-fach Impfung     Diphtherie     Hepatitis B  
 Mumps- Masern     Polio     Tetanus  
 Zecken (FSME)     sonstige \_\_\_\_\_

### Krankheiten:

- Allergie     Anfallsleiden     Asthma  
 Diabetes     Herz – Kreislaufverk.  
 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  nein  
Alleinerzieherin:  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):**

Familienname: _____	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 Arbeitgebers 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(Erziehungsberichtigte/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**