

Anmeldung für Kindergarten/Krippe 2021/2022

Hinweis: Bitte füllen Sie alle Felder korrekt aus. Für alle Datumsangaben gilt das Format „TT.MM.JJJJ“.
Das Formular bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen – Zutreffendes bitte ankreuzen!

1 ANGABEN ZUM KIND											
FAMILIENNAME		VORNAME		M	W	GEBURTSDATUM	SOZIALVERS.NR.				
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
PLZ	ORT		STRASSE			HAUS-NR.					
ERSTSPRACHE											
<input type="checkbox"/> Deutsch		<input type="checkbox"/> Bosnisch		<input type="checkbox"/> Albanisch		<input type="checkbox"/> Türkisch					
<input type="checkbox"/> Englisch		<input type="checkbox"/> Kroatisch		<input type="checkbox"/> Serbisch		<input type="checkbox"/> Ungarisch					
						<input type="checkbox"/> Arabisch					
						<input type="checkbox"/> Französisch					
						<input type="checkbox"/> Russisch					
						<input type="checkbox"/> Andere					
STAATSANGEHÖRIGKEIT		HERKUNFTSLAND		RELIGION		ANZAHL DER GESCHWISTER					
WIE SCHÄTZEN SIE DIE SPRACHKENNTNISSE IHRES KINDES EIN?				<input type="checkbox"/> sehr gut		<input type="checkbox"/> gut					
				<input type="checkbox"/> weniger gut		<input type="checkbox"/> braucht dringend Förderung					
FALLS DEUTSCH NICHT DIE ERSTSPRACHE IHRES KINDES IST: WIE SCHÄTZEN SIE DIE DEUTSCHKENNTNISSE IHRES KINDES EIN?				<input type="checkbox"/> sehr gut		<input type="checkbox"/> gut					
				<input type="checkbox"/> weniger gut		<input type="checkbox"/> braucht dringend Förderung					
BEKOMMT IHR KIND DERZEIT BZW. BRAUCHT IHR KIND EINE FÖRDERUNG?				<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein					
WENN JA, WELCHE?				<input type="checkbox"/> Frühförderung		<input type="checkbox"/> Logopädie					
				<input type="checkbox"/> Physiotherapie		<input type="checkbox"/> Ergotherapie					
				<input type="checkbox"/> Mototherapie		<input type="checkbox"/> Andere					
HAT IHR KIND CHRONISCHE KRANKHEITEN, UNVERTRÄGLICHKEITEN, ALLERGIEN, AUFFÄLLIGKEITEN? WENN JA, WELCHE?				<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein					
WURDE DAS KIND GEGEN MASERN GEIMPFT? (NUR GEGEN VORLAGE IMPFPASS!!!)				<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein					
2 ANGABEN ZUR MUTTER / OBSORGBERECHTIGTEN											
FAMILIENNAME		VORNAME		GEBURTSDATUM		SOZIALVERS.NR.		STAATSANGEHÖRIGK.			
PLZ	ORT		STRASSE			HAUS-NR.					
TELEFONNUMMER/HANDYNUMMER					E-MAIL-ADRESSE						
NAME DES/DER ARBEITSGEBERS/IN ODER DER AUSBILDUNGSSTÄTTE				BERUF				BESCHÄFTIGUNGS-AUSMASS			
								<input type="checkbox"/> Vollbeschäftigung <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung <input type="checkbox"/> Karenz bis <input type="checkbox"/> nicht im aufrechten Dienstverhältnis bzw. Kindergeldbezieherin <input type="checkbox"/> in Ausbildung/Schule			
AKTUELLER FAMILIENSTAND											
<input type="checkbox"/> ledig		<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft		<input type="checkbox"/> geschieden							
<input type="checkbox"/> verheiratet		<input type="checkbox"/> in Lebensgemeinschaft		<input type="checkbox"/> keine Angabe							
<input type="checkbox"/> verwitwet		<input type="checkbox"/> getrennt lebend									

3 ANGABEN ZUM VATER / OBSORGBERECHTIGTEN				
FAMILIENNAME		VORNAME	GEBURTSDATUM	SOZIALVERS.NR.
PLZ		ORT	STRASSE	HAUS-NR.
TELEFONNUMMER/HANDYNUMMER			E-MAIL-ADRESSE	
NAME DES/DER ARBEITSGEBERS/IN ODER DER AUSBILDUNGSSTÄTTE		BERUF	BESCHÄFTIGUNGS-AUSMASS	
AKTUELLER FAMILIENSTAND				<input type="checkbox"/> Vollbeschäftigung <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung <input type="checkbox"/> Karenz bis <input type="checkbox"/> nicht im aufrechten Dienstverhältnis bzw. Kindergeldbezieher <input type="checkbox"/> in Ausbildung/Schule
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> in Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> keine Angabe		

4 ANGABEN ZUR/ZUM OBSORGBERECHTIGTEN (wenn nicht Mutter oder Vater)				
FAMILIENNAME		VORNAME	GEBURTSDATUM	SOZIALVERS.NR.
PLZ		ORT	STRASSE	HAUS-NR.
TELEFONNUMMER/HANDYNUMMER			E-MAIL-ADRESSE	
NAME DES/DER ARBEITSGEBERS/IN ODER DER AUSBILDUNGSSTÄTTE		BERUF	BESCHÄFTIGUNGS-AUSMASS	
AKTUELLER FAMILIENSTAND				<input type="checkbox"/> Vollbeschäftigung <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung <input type="checkbox"/> Karenz bis <input type="checkbox"/> nicht im aufrechten Dienstverhältnis bzw. Kindergeldbezieher <input type="checkbox"/> in Ausbildung/Schule
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> in Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> keine Angabe		

5 ANGABEN ZUR KINDERBETREUUNGSEINRICHTUNG			
ICH BRAUCHE FÜR MEIN KIND FOLGENDE BETREUUNG			GEWÜNSCHTE BETREUUNGSEINRICHTUNG
<input type="checkbox"/> ganztägig mit Essen <input type="checkbox"/> 8 Std. <input type="checkbox"/> 10 Std.	<input type="checkbox"/> halbtägig mit Essen	<input type="checkbox"/> halbtägig ohne Essen	KINDERGARTEN I <input type="checkbox"/> KINDERGARTEN II <input type="checkbox"/> KINDERGARTEN III <input type="checkbox"/> KRIPPE <input type="checkbox"/>
SIND FOTOS/FILMAUFNAHMEN FÜR MEDIEN GESTATTET?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
BEZAHLUNG ERFOLGT DURCH		<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Andere	
HAT DAS KIND IM KOMMENDEN BETREUUNGSJAHR GESCHWISTER IN DER GLEICHEN EINRICHTUNG?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Kindergarten 1 <input type="checkbox"/> Kindergarten 2 <input type="checkbox"/> Kindergarten 3	<input type="checkbox"/> nein
FALLS IM WUNSCHKINDERGARTEN KEIN PLATZ MEHR FREI IST, WÜNSCHE(N) ICH/WIR EINE BERÜCKSICHTIGUNG IM		Kindergarten/Krippe:	

6 ANGABEN ZUR ABHOLBERECHTIGUNG / IM NOTFALL ZU VERSTÄNDIGEN

FOLGENDE PERSON(EN) IST (SIND) BERECHTIGT, DAS KIND ABZUHOLEN:

FAMILIENNAME	VORNAME	GEBURTSDATUM	TELEFONNUMMER

WER IST IM NOTFALL ZU VERSTÄNDIGEN?

FAMILIENNAME	VORNAME	GEBURTSDATUM	TELEFONNUMMER

7 BESTÄTIGUNG UND UNTERSCHRIFT DES/DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

ICH		BESTÄTIGE MIT MEINER UNTERSCHRIFT
------------	--	--

- die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben aller angeführten Personen,
- dass mit diesem Antrag eine verbindliche Anmeldung für das vorne angeführte Kind für das Kindergartenjahr 2021/2022 erfolgt, und
- ich mich im Falle einer Aufnahme zur regelmäßigen Bezahlung des vorgeschriebenen Kostenbeitrages verpflichte (monatlicher Bankeinzug von 10 Beiträgen).

Der Kindergartenerhalter verpflichtet sich, sämtliche Daten und Einkommensnachweise ausschließlich für die Berechnung des Beitragsersatzes und des Schriftverkehrs mit den Eltern heranzuziehen.

DATENSCHUTZRECHTLICHE ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

Der Kindergartenerhalter verpflichtet sich, sämtliche Daten und Einkommensnachweise ausschließlich für die Berechnung des Beitragsersatzes und des Schriftverkehrs mit den Eltern heranzuziehen.

Ich/Wir stimme(n) zu, dass die angegebenen Daten zur Erfüllung der pädagogischen Aufgaben sowie zur Verrechnung und Abwicklung der Förderung mit dem Land Steiermark soweit wie unbedingt erforderlich verarbeitet werden.

DATENSCHUTZRECHTLICHE WIDERRUFSKLAUSEL

Ich bin berechtigt, die datenschutzrechtliche Zustimmungserklärung jederzeit gegenüber dem zuständigen Träger der Kinderbetreuungseinrichtung durch einseitige schriftliche Erklärung zu widerrufen.

SOZIALSTAFFEL

Ich/Wir verzichten auf die Berechnung der sozial gestaffelten Elternbeiträge für das Kindergartenjahr 2021/2022 und legen daher auch keine Einkommensnachweise vor.

JA

NEIN

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT DER/DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN