

Wir werden voraussichtlich eine erweiterte Betreuung in den Ferien (Semester,- Oster- und Sommerferien) benötigen:

- Ja Nein

Wir benötigen Mittagsbetreuung:

- Ja Nein

Wir benötigen die erweiterten Betreuungszeiten am Nachmittag (16:00–17:00 bzw. 17:30) Uhr):

- Ja Nein

Besondere Wünsche/Anmerkungen:

Einverständniserklärung zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten

Zutreffendes bitte ankreuzen:

JA, ich erteile entsprechend dem beiliegenden Merkblatt für Eltern und Erziehungsberechtigte die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall - nach Anforderung durch die Gesundheitsbehörden - Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen zur Einnahme von Kaliumjodidtabletten bekannt sind.

NEIN, ich erteile die Einwilligung nicht.

Einverständniserklärung zu Foto- und Videoaufnahmen

Zutreffendes bitte ankreuzen:

JA, Ich bin damit einverstanden, dass im Kindergartenalltag sowie bei Festen, Feiern, Ausflügen, usw. Fotos bzw. Videoaufnahmen gemacht werden, auf denen mein Kind zu sehen ist. Die Fotos bzw. Videoaufnahmen dürfen anderen Eltern des Kindergartens zugänglich gemacht, sowie durch die Marktgemeinde Frastanz im Internet und das Walgaublatt veröffentlicht werden.

Die gewählten Module werden im Nachhinein monatlich verrechnet. Bei Zahlungsschwierigkeiten suchen Sie bitte frühzeitig das persönliche Gespräch.

Diese Anmeldung ist verbindlich. Die gewünschten Betreuungszeiten werden auch bei Abwesenheit des Kindes in Rechnung gestellt.

Ich versichere, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass ich allfällige Veränderungen umgehend der Leitung der Betreuungseinrichtung zu melden habe.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Die von Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten werden aufgrund einer Vereinbarung gem. Art 6 Abs 1 lit. b DSGVO verarbeitet. Detaillierte Informationen zur Verarbeitung und zu Ihren Rechten als betroffene Person finden Sie unter: <http://dsb.gv.at/>

Kontakt:

Kinderservice der Marktgemeinde Frastanz - kinderservice@frastanz.at Sandra Ebenhoch 05522 51534-38

Anmeldung 2021/2022

der Marktgemeinde Frastanz

Kindergarten



- Erstanmeldung
 Wiederanmeldung
 bisher im Kindergarten _____

Familienname: _____ Vorname: _____

Geschlecht: weiblich ♀ männlich ♂ divers ♀♂

Geburtsdatum: _____

Nach meinem Empfinden spricht mein Kind sehr gut Deutsch
 gut Deutsch
 wenig Deutsch

Nach meinem Empfinden versteht mein Kind sehr gut Deutsch
 gut Deutsch
 wenig Deutsch

Die Erstsprache bei uns in der Familie ist
 Deutsch
 eine andere Sprache als Deutsch, unsere Erstsprache ist _____

Adresse:
 Straße/Top _____

PLZ/Ort _____

Staatsangehörigkeit: _____ Religion: _____

Geschwister: _____
 Vorname/Geburtsjahr Vorname/Geburtsjahr

 Vorname/Geburtsjahr Vorname/Geburtsjahr

3 jährig (Stichtag 01.09.)
 geboren zwischen 01.09.2017 – 31.08.2018

4 jährig (Stichtag 01.09.)
 geboren zwischen 01.09.2016 – 31.08.2017

5 jährig (Stichtag 01.09.)
 geboren zwischen 01.09.2015 – 31.08.2016

Die Daten werden vertraulich behandelt und dienen der Information von Betreuerinnen/Betreuern im Kindergarten.

SVNR:
T : T : M : M : J : J

Mitversichert bei:
 Mama
 Papa

Krankenversicherung _____
(wie ÖGK, ÖSA, BVAeb,)

Hausarzt: _____ Tel. Hausarzt: _____

Besteht bei Ihrem Kind ein erhöhter Förderbedarf: nein ja
Ist ein Gutachten vorhanden? nein ja

Ist Ihr Kind in einer Behandlung? _____

Allergien gegen

Insekten (z.B. Bienen, Wespen,..) nein ja
Falls ja, Notfallsset vorhanden? nein ja

Lebensmittelallergie bzw. -unverträglichkeit:

Medikamente/Cremen (bitte genaue Angaben, beobachtete Reaktionen wie z.B. Ausschlag, Atemnot, Durchfall, ...)

Impfungen

Mein Kind hat bereits folgende Impfungen erhalten:

<input type="radio"/>	_____	Geimpft am:	_____
<input type="radio"/>	_____		_____
<input type="radio"/>	_____		_____

Bitte, wenn möglich, eine Kopie des Impfausweis beilegen.

Was sonst noch wichtig ist von meinem/ unserem Kind zu wissen:

z.B. chronische Erkrankungen, Medikamente, weitere gesundheitliche Risiken, usw.

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alleinerziehend ja nein

Adresse: Straße/Top: _____

PLZ/Ort _____

*nur auszufüllen,
wenn
nicht im gleichen
Haushalt
lebend*

Telefon (privat) _____ Telefon (beruflich) _____

E-Mail: _____

Berufstätig ja nein Elternkarenz bis: _____

Beruf: _____

beschäftigt bei: _____

Vollzeit Teilzeit (_____ Stunden) in Ausbildung

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alleinerziehend ja nein

Im gemeinsamen Haushalt lebend Ja Nein

Adresse: Straße/Top: _____

PLZ/Ort _____

*Nur auszufüllen,
wenn nicht im
gleichen Haushalt
lebend*

Telefon (privat) _____ Telefon (beruflich) _____

E-Mail: _____

Berufstätigkeit ja nein Elternkarenz bis: _____

Beruf: _____

beschäftigt bei: _____

Vollzeit Teilzeit (_____ Stunden) in Ausbildung

Angaben zur Mutter

Angaben zum Vater