

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

!Das Angebot kommt nur zustande, wenn mindestens 3 Kinder für das Modul/ Tag angemeldet sind!

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 Aufforderung 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.
- NEIN**, ich erteile die Einwilligung nicht

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 eines (Vor)vertrages 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

Marktgemeinde Frastanz Dr. Andrea Volderauer-Haidegger, Sägenplatz 1, 6820 Frastanz, T: 05522/51534-95
M: andrea.volderauer@frastanz.at

Anmeldung 2020/2021

der Marktgemeinde Frastanz

Kindergarten



MARKTGEMEINDE
Frastanz

Erstanmeldung

Wiederanmeldung

bisher im Kindergarten _____

Familienname: _____ Vorname: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Geburtsdatum: _____

Adresse:

Straße/Top _____

PLZ/Ort _____

Staatsangehörigkeit: _____

Religion: _____

Geschwister:

Vorname/Geburtsjahr

Vorname/Geburtsjahr

Vorname/Geburtsjahr

Vorname/Geburtsjahr

3 jährig (Stichtag 31.08.2017)
geboren zwischen 01.09.2016–31.08.2017

4 jährig (Stichtag 31.08.2016)
geboren zwischen 01.09.2015–31.08.2016

5 jährig (Stichtag 31.08.2015)
geboren zwischen 01.09.2014 –31.08.2015

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

SVNR: -
Tag Monat Jahr

Mitversichert bei: Mama
 Papa

Krankenversicherung : _____
(wie ÖGK, ÖSA, BVAeb...)

Hausarzt: _____ Tel. Hausarzt: _____

Kinderarzt: _____ Tel. Kinderarzt: _____

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, Notfallset vorhanden? nein ja

Lebensmittelallergie bzw. -unverträglichkeit:

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

Impfungen:

Tetanus (Wundstarrkrampf) nein ja Impfung am: _____

3-fach-Kombinationsimpfstoff nein ja Impfung am: _____

Tetanus (Wundstarrkrampf), Diphtherie und Keuchhusten (Pertussis)

6-fach-Kombinationsimpfstoff nein ja Impfung am: _____

Diphtherie, Tetanus (Wundstarrkrampf), Kinderlähmung (Polio),
Keuchhusten (Pertussis), Haemophilus influenzae Typ b (Hib), Hepatitis B

FSME (Zecken) nein ja Impfung am: _____

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