



STADTAMT GMUNDEN

A-4810 Gmunden, Rathausplatz 1, DVR: 0054861
www.gmunden.at

amtlicher Vermerk

angemeldet:
aufgenommen:
abgemeldet:

ANMELDUNG FÜR SAISONBETREUUNGSEINRICHTUNG 2017

SOMMERKINDERGARTEN

SOMMERKRABELSTUBE

im Kindergarten Marienbrücke

Anmeldungen werden nur bis **13.03.2017** berücksichtigt

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Kind:

Betreuungsform: ganztägig halbtägig Frühdienst ab 07:00 (nur für Kindergarten)
 Mittagessen: ja nein
 Nachname: _____ Vorname: _____ männl. weibl.
 geboren am: _____ in _____
 Staatsbürgerschaft: _____ Muttersprache: _____
 Nationalität: _____ Erstsprache: _____
 Religion: _____ SVNr.: _____
 Nicht Gemeinde eigen: _____
Hauptwohnsitz: 4810 Gmunden _____
 Besuchte das Kind schon einen Kindergarten/Krabelstube ja nein welche _____

Kontakt:(wer kann in dringenden Fällen telefonisch erreicht werden)

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

Mutter:

Nachname: _____ Vorname: _____
 Geburtsname: _____
 akad. Grad: _____
 geboren am: _____ Familienstand: _____
 Staatsbürgerschaft: _____ Muttersprache: _____
 Nationalität: _____ Erstsprache: _____
 Religion: _____ SVNr.: _____
 Hauptwohnsitz: (falls nicht derselbe, wie beim Kind) _____
 Beruf: _____ Vollzeit Teilzeit (.....%) nicht berufstätig
 Arbeitgeber: _____ bezahlt die KG-Entgelte: ja nein
 Erziehungsberechtigter ja nein Alleinerzieher ja nein
 Hauptversicherter ja nein

Vater:

Nachname: _____ Vorname: _____
 akad. Grad: _____
 geboren am: _____ Familienstand: _____
 Staatsbürgerschaft: _____ Muttersprache: _____
 Nationalität: _____ Erstsprache: _____
 Religion: _____ SVNr.: _____
 Hauptwohnsitz: (falls nicht derselbe, wie beim Kind) _____
 Beruf: _____ Vollzeit Teilzeit (.....%) nicht berufstätig
 Arbeitgeber: _____ bezahlt die KG-Entgelte: ja nein
 Erziehungsberechtigter ja nein Alleinerzieher ja nein
 Hauptversicherter ja nein

Erziehungsberechtigter, falls das Kind einen Vormund hat:

Nachname: _____ Vorname: _____
 akad. Grad: _____
 geboren am: _____ Familienstand: _____
 Staatsbürgerschaft: _____ Muttersprache: _____
 Religion: _____ SVNr.: _____
 Hauptwohnsitz: (falls nicht derselbe, wie beim Kind) _____
 Beruf: _____ Vollzeit Teilzeit (.....%) nicht berufstätig
 Arbeitgeber _____ bezahlt die KG-Entgelte: ja nein
 Erziehungsberechtigter ja nein Alleinerzieher ja nein
 Hauptversicherter ja nein

Gesundheit:

Blutgruppe: _____ Rhesusfaktor _____
 Impfungen: 6-fach Impfung Diphtherie Hepatitis B Mumps – Masern
 Polio Tetanus Zecken (FSME) Sonstige.....
 Krankheiten: Allergie Anfallsleiden Asthma Diabetes
 Herz- Kreislaufferk. Sonstige Krankheit _____
 Sonstiges: Entwicklungsverzögerungen, Sprachprobleme, Auffälligkeiten
 Behinderung lt. Behindertengesetz: _____
 Medikamente: _____
 Hausarzt: _____ in _____ Tel.: _____

Geschwister:

Name: _____ Geburtsjahr _____
 Name: _____ Geburtsjahr _____
 Name: _____ Geburtsjahr _____
 besucht ein weiteres Kind den Kindergarten/Krabbelstube? ja nein

Einverständniserklärung:

Kalium-Jodtabletten: ja nein
 Veröffentlichung Bild (nur für Zwecke des Kindergartens): ja nein

Öffnungszeiten Kindergarten:

Halbtag
 Mo - Fr 07:00 Uhr bis 12:15 Uhr
 Ganztage
 Mo – Do 07:00 Uhr bis 16:00 Uhr
 Fr 07:00 Uhr bis 13:30 Uhr

Öffnungszeiten Krabbelstube:

Halbtag
 Mo – Fr 07:15 Uhr bis 12:30 Uhr
 Ganztage
 Mo - Do 07:15 Uhr bis 15:00 Uhr
 Fr 07:15 Uhr bis 13:00 Uhr

Anmeldung für Kindergarten:

1. Woche 31.07.2017 – 04.08.2017
 2. Woche 07.08.2017 – 11.08.2017
 3. Woche 14.08.2017 – 18.08.2017
 4. Woche 21.08.2017 - 25.08.2017

Anmeldung für Krabbelstube:

1. Woche 31.07.2017 – 04.08.2017
 2. Woche 07.08.2017 – 11.08.2017
 3. Woche 14.08.2017 – 18.08.2017

**Änderungen der Anschrift, der Telefonnummern oder des Arbeitgebers
sind sofort bekannt zu geben**

Durch meine Unterschrift nehme ich die Kindergartenordnung und die Elternbeitragsordnungen, sowie das Regulativ der Stadtgemeinde Gmunden für die Gastbeiträge nach dem OÖ. Kinderbetreuungsgesetz zur Kenntnis und erkläre mich mit diesen und den Erziehungszielen des Kindergartens einverstanden.

Weiters nehme ich zur Kenntnis, dass mein Kind nur von den oben angeführten Personen in den Kindergarten gebracht und abgeholt werden darf. (Mindestalter 18 Jahre)

Eine Änderung ist dem Kindergartenpersonal unbedingt bekannt zu geben!

Vorgelegt wurden: Geburtsnachweis Ärztliches Attest Impfkarte

Datum, Unterschrift (Erziehungsberechtigter)

Bestätigung der Meldebehörde

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

SEPA-Lastschrift-Mandat:

Kontoinhaber: _____

Bezeichnung des Bankinstitutes: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Hiermit ermächtige ich die Stadtgemeinde Gmunden widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadtgemeinde Gmunden auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Creditor-ID der Stadtgemeinde Gmunden: AT87ZZZ00000013599, Mandatsreferenz: _____

Datum, Unterschrift Kontoinhaber