



amtlicher Vermerk

angemeldet:
aufgenommen:
abgemeldet:

ANMELDUNG FÜR DIE KRABELSTUBE:

Krabbelstubenplatz wird benötigt ab Tag _____ Monat _____ Jahr _____

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Kind:

Betreuungsform: ganztägig halbtägig Frühdienst ab _____ Uhr
 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/Krabbelstube ja nein welche _____

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

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

Mutter:

Nachname: _____ Vorname: _____
 Geburtsname: _____ Geburtsort: _____
 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 berufstätigArbeitgeber _____ bezahlt die KG-Entgelte: ja neinErziehungsberechtigter ja nein Alleinerzieher ja neinHauptversicherter 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- Kreislaufverk. Sonstige Krankheit _____

Sonstiges: Entwicklungsverzögerungen, Sprachprobleme, Auffälligkeiten

Behinderung lt. Behindertengesetz: _____

Medikamente: _____

Hausarzt: _____ in _____ Tel.: _____

Transport:Kindergartenbus: ja neinwer übergibt, bzw. holt das Kind ab: Vater Mutter

sonstige Personen: _____

Geschwister:

Name: _____ Geburtsjahr _____

Name: _____ Geburtsjahr _____

Name: _____ Geburtsjahr _____

besucht ein weiteres Kind den Kindergarten/Krabbelstube? ja nein**Einverständniserklärung:**Kalium-Jodtabletten: ja neinVeröffentlichung Bild (nur für Zwecke des Kindergartens): ja nein

**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 oder zum Bus 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