



# STADTAMT GMUNDEN

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

amtlicher Vermerk

angemeldet:  
aufgenommen:  
abgemeldet:

## ANMELDUNG FÜR SAISONBETREUUNGSEINRICHTUNG 2018

SOMMERKINDERGARTEN

SOMMERKRABELSTUBE

im Kindergarten STADT

Anmeldungen werden nur bis 09. April 2018 berücksichtigt

**BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!**

### Kind:

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 13:00 Uhr   
 Ganztage  
 Mo – Fr 07:00 Uhr bis 16:00 Uhr

**Öffnungszeiten Krabbelstube:**

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

**Anmeldung für Kindergarten:**

1. Woche 30.07.2018 – 03.08.2018   
 2. Woche 06.08.2018 – 10.08.2018   
 3. Woche 13.08.2018 – 17.08.2018   
 4. Woche 20.08.2018 - 24.08.2018

**Anmeldung für Krabbelstube:**

1. Woche 30.07.2018 – 03.08.2018   
 2. Woche 06.08.2018 – 10.08.2018   
 3. Woche 13.08.2018 – 17.08.2018

**Angaben zu den Besuchszeiten (Betreuung ab 13:00 Uhr ab vollendetem 30. Lebensmonat kostenpflichtig):**

Für die Nachmittagsbetreuung bis zu 3 Tagen wird ein Betrag von Euro 19,25 (inkl. 13 % USt) pro angemeldeter Woche und für 4 oder 5 Tage ein Betrag von Euro 27,50 (inkl. 13 % USt) pro angemeldeter Woche verrechnet.

Sie nehmen des weiteren mit Ihrer Unterschrift zur Kenntnis, dass für den nicht regelmäßigen Besuch (ohne schriftliche Abmeldung!) der Sommerbetreuungseinrichtungen der Stadtgemeinde Gmunden ein Kostenbeitrag von € 27,50 (inkl. 13 % USt) pro angemeldeter Besuchswoche (bei Nichterscheinen) eingehoben wird.

Täglicher Betreuungsbedarf:	Montag:	von.....	bis.....
	Dienstag:	von.....	bis.....
	Mittwoch:	von.....	bis.....
	Donnerstag:	von.....	bis.....
	Freitag:	von.....	bis.....

**Angaben zum Mittagessen:**

Anmeldung zum Mittagessen	ja:	<input type="checkbox"/>	nein:	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, an welchen Tagen?	Montag:	<input type="checkbox"/>		
	Dienstag:	<input type="checkbox"/>		
	Mittwoch:	<input type="checkbox"/>		
	Donnerstag:	<input type="checkbox"/>		
	Freitag:	<input type="checkbox"/>		

**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!

\_\_\_\_\_  
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**