

**Abteilung:** Allgemeine Verwaltung

**Zahl:** Kindergarten Anmeldung

Rathausplatz 1 \_ 4810 Gmunden

Bearbeiter: Birgit Mizelli

**T:** +43 7612 794 205

**F:** +43 7612 794 258

birgit.mizelli@gmunden.ooe.gv.at

## Anmeldung

**Kindergarten**  Marienbrücke  Stadt  Schörihub  Traundorf  
**Krabbelstube**  Marienbrücke  Stadt  Schörihub

### Angaben zum Kind (Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen)

Nachname _____	Vorname _____
geboren am _____	Geburtsort _____
Staatsbürgerschaft _____	
Muttersprache _____	Erstsprache _____
Religion _____	SV-Nummer _____
Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> in 4810 Gmunden, _____ (PLZ, Ort, Straße) <input type="checkbox"/> in _____	
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Betreuungsform <input type="checkbox"/> ganztägig <input type="checkbox"/> halbtags
Frühdienst <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab ____ Uhr	Mittagessen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hat das Kind schon einen Kindergarten oder eine Krabbelstube besucht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welchen/welche _____

### Angaben zur Mutter (Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen)

Nachname _____	Vorname _____
Akad. Grad _____	Geburtsname _____
geboren am _____	Geburtsort _____
Familienstand _____	Beruf _____
Staatsbürgerschaft _____	
Muttersprache _____	Erstsprache _____
Religion _____	SV-Nummer _____
Hauptwohnsitz <small>Bitte nur ausfüllen, wenn unterschiedlich zum Kind!</small> (PLZ, Ort, Straße) <input type="checkbox"/> in 4810 Gmunden, _____ <input type="checkbox"/> in _____	
Erziehungsberechtigte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Alleinerzieherin <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mutter bezahlt KG-Entgelt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Hauptversicherte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Berufstätig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit ( ____ %) Arbeitgeber _____	



### Angaben zu den Geschwistern

Name	Geburtsjahr

Besucht ein weiteres Kind den Kindergarten / die Krabbelstube  nein  ja

**Kindergartenbus** (Das Kind darf nur von den hier angeführten Personen in die Betreuungseinrichtung oder zum Bus gebracht und abgeholt werden. Voraussetzung ist ein Mindestalter von 18 Jahren)

Transport erforderlich?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Kind wird von <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> _____ übergeben/abgeholt
-------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Gesundheit

Blutgruppe _____	Rhesusfaktor _____
Impfungen <input type="checkbox"/> 6-fach Impfung <input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Tetanus
Krankheiten <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrank.	<input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Zecken (FSME) <input type="checkbox"/> Anfallsleiden <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Sonstige _____
Behinderung lt. Behindertengesetz _____	
Medikamente _____	
Hausarzt (Name, Erreichbarkeit) _____	
Sonstiges (Entwicklungsstörungen, Sprachprobleme, Auffälligkeiten) _____	

**Ich erkläre mich einverstanden für** (Bitte ankreuzen!)

die Verabreichung von Kalium-Jodtabletten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
das Entfernen von Zecken durch das Kinderbetreuungspersonal	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
das Veröffentlichen von Bildmaterial für Zwecke des Kindergartens / der Krabbelstube	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

**SEPA-Lastschrift-Mandat** (Creditor ID der Stadtgemeinde Gmunden: AT87 ZZZ0 0000 013599)

Kontoinhaber	
Bezeichnung Ihres Bankinstitutes	
IBAN	BIC
Hiermit ermächtige ich das Stadtamt Gmunden widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift abzuziehen. Damit ist auch meine kontoführende Bank ermächtigt, Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist. Ich habe das Recht, innerhalb von 56 Kalendertagen ab dem Einzugsdatum ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen.	

Diese Anmeldung ist vollständig ausgefüllt und von allen genannten Personen eigenhändig unterschrieben beim Stadtamt Gmunden einzubringen.

Ich erkläre, dass meine Angaben vollständig und richtig sind und ich diese auf Verlangen zusätzlich durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachweise und Änderungen meiner persönlichen Daten unverzüglich bekanntgebe.

Durch meine Unterschrift nehme ich die Kinderbildungs- und –betreuungseinrichtungsordnung (O.Ö. KBBEO) sowie die Elternbeiträgeordnungen, das Regulativ der Stadtgemeinde Gmunden für die Gastbeiträge nach dem Oö Kinderbildungs- und –betreuungsgesetz (OÖ.KBBG) sowie das Datenschutz Informationsblatt ‚F1‘ in den jeweils gültigen Fassungen zur Kenntnis und erkläre mich mit diesen und den Erziehungszielen der Betreuungseinrichtung einverstanden. Die Unterlagen sind jederzeit auf der Homepage des Stadtamtes Gmunden ([www.gmunden.at](http://www.gmunden.at)) zur Einsicht abrufbar.

Des Weiteren stimme ich der Verarbeitung meiner Daten durch das Stadtamt Gmunden ausdrücklich zu.

Bei der Anmeldung vorgelegte Unterlagen/Dokumente:

Geburtsnachweis     Ärztliches Attest     Impfkarte     Sonstige \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Datum und eigenhändige Unterschrift  
 des Erziehungsberechtigten**

\_\_\_\_\_  
**Bei Abbuchungsauftrag: Datum und  
 Unterschrift des Kontoinhabers**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der Mutter**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Vaters**

**MELDEAMT - Nicht von dem (der) Antragsteller(in) auszufüllen!**

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt! (Stempel, Datum und Unterschrift des für den (die) Antragsteller(in) zuständigen Meldeamtes)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**AMTL. VERMERK - Nicht von dem (der) Antragsteller(in) auszufüllen!**

Datum der Anmeldung _____ Datum der Aufnahme _____ Datum der Abmeldung _____
Der Eingang und die Bearbeitung der Anmeldung wird bestätigt! (Datum und Unterschrift des für das Stadtamt Gmunden zuständigen Mitarbeiters)