

Anmeldung für den Besuch im Kindergarten Kapfenstein im Kinderbetreuungsjahr 2022/2023

1. ANGABEN ZUM KIND							
FAMILIENNAME		VORNAME		M *)	W *)	GEBURTSDATUM *)	SOZIALVERS.NR.
PLZ *)		STRASSE				HAUS-NR.	
KIND IST MITVERSICHERT BEI:							
KIND IST IM VERPFLICHTENDEN KINDERGARTENJAHR (Das Kind hat bis zum Stichtag 31.08. das fünfte Lebensjahr vollendet.)							
<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> DAS KIND BESUCHT BEREITS DIE SCHULE.							
ERSTSPRACHE *)							
<input type="radio"/> DEUTSCH <input type="radio"/> ENGLISCH <input type="radio"/> FRANZÖSISCH <input type="radio"/> ANDERE: _____							
STAATSBÜRGERSCHAFT *)		HERKUNFTSLAND		RELIGION		GESCHWISTER IM HAUSHALT	
IZB BESCHIED BEANTRAGT				<input type="radio"/> JA		<input type="radio"/> NEIN	
WIE SCHÄTZEN SIE DIE SPRACHKENNTNISSE IHRES KINDES EIN?				<input type="radio"/> SEHR GUT		<input type="radio"/> GUT	
				<input type="radio"/> WENIGER GUT		<input type="radio"/> BRAUCHT DRINGEND FÖRDERUNG	
FALLS DEUTSCH NICHT DIE ERSTSPRACHE IHRES KINDES IST: WIE SCHÄTZEN SIE DIE DEUTSCHKENNNISSE IHRES KINDES EIN?				<input type="radio"/> SEHR GUT		<input type="radio"/> GUT	
				<input type="radio"/> WENIGER GUT		<input type="radio"/> BRAUCHT DRINGEND FÖRDERUNG	

2. ANGABEN ZUR MUTTER / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN					
FAMILIENNAME		VORNAME		GEBURTSDATUM	
PLZ		STRASSE			HAUS-NR.
TELEFONNUMMER / HANDYNUMMER			E-MAIL ADRESSE		
ADRESSE UND TELEFONNUMMER DES DIENSTGEBERS / AUSBILDUNGSSTÄTTE				BESCHÄFTIGUNGSMASS	
				<input type="radio"/> VOLLZEITBESCHÄFTIGUNG <input type="radio"/> TEILZEITBESCHÄFTIGUNG <input type="radio"/> KARENZ BIS _____ <input type="radio"/> NICHT IN AUFRECHTEM DIENSTVERHÄLTNIS bzw. KINDERGELDBEZIEHERIN	
AKTUELLER FAMILIENSTAND					
<input type="radio"/> LEDIG		<input type="radio"/> EING. PARTNERSCHAFT		<input type="radio"/> GESCHIEDEN	
<input type="radio"/> VERHEIRATET		<input type="radio"/> IN LEBENSGEMEINSCHAFT		<input type="radio"/> KEINE ANGABE	
<input type="radio"/> VERWITWET		<input type="radio"/> GETRENNT LEBEND			

3. ANGABEN ZUM VATER / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN					
FAMILIENNAME		VORNAME		GEBURTSDATUM	
PLZ		STRASSE			HAUS-NR.
TELEFONNUMMER / HANDYNUMMER			E-MAIL ADRESSE		
ADRESSE UND TELEFONNUMMER DES DIENSTGEBERS / AUSBILDUNGSSTÄTTE				BESCHÄFTIGUNGSMASS	
				<input type="radio"/> VOLLZEITBESCHÄFTIGUNG <input type="radio"/> TEILZEITBESCHÄFTIGUNG <input type="radio"/> KARENZ BIS _____ <input type="radio"/> NICHT IN AUFRECHTEM DIENSTVERHÄLTNIS bzw. KINDERGELDBEZIEHERIN	
AKTUELLER FAMILIENSTAND					
<input type="radio"/> LEDIG		<input type="radio"/> EING. PARTNERSCHAFT		<input type="radio"/> GESCHIEDEN	
<input type="radio"/> VERHEIRATET		<input type="radio"/> IN LEBENSGEMEINSCHAFT		<input type="radio"/> KEINE ANGABE	
<input type="radio"/> VERWITWET		<input type="radio"/> GETRENNT LEBEND			

4. WEITERE INFORMATIONEN FÜR DIE KINDERBETREUUNGSEINRICHTUNG

DER KINDERGARTEN WIRD HALB- UND (BEI BEDARF) GANZTÄGIG GEFÜHRT. EINSCHREIBEZEITEN von Montag bis Freitag: *)

- frühestens 07.00 Uhr bis max. 13.00 Uhr (6 Stunden - Halbtage) Betreuung wird bis max. _____ Uhr benötigt
 frühestens 07.00 Uhr bis max. 17.00 Uhr (10 Stunden - Ganztage)

Bitte beachten Sie, dass die Kosten und die genaue Öffnungszeit des Kindergartens erst nach der Erhebung bekannt gegeben werden kann!

Mittagessen im Kindergarten *): JA NEIN

DIE HÖHE DES ELTERNBEITRAGES IST (AUSGENOMMEN BEI KINDERGARTENKINDERN UNTER 3 JAHREN UND SCHÜLERN) VON DER HÖHE DES NETTOFAMILIENEINKOMMENS ABHÄNGIG UND WIRD MITTELS **SOZIALSTAFFEL** DES LANDES STEIERMARK (STMK. KINDERBETREUUNGSFÖRDERUNGSGESETZ) VON DER GEMEINDE KAPFENSTEIN BERECHNET UND VORGESCHRIEBEN. *)

BRINGEN DES KINDES DURCH BUSUNTERNEHMER: JA NEIN

ABHOLEN DES KINDES DURCH BUSUNTERNEHMER: JA NEIN

VON WEM DARF IHR KIND VOM KINDERGARTEN ABGEHOLT WERDEN, WENN ES NICHT MIT DEM BUS FÄHRT: (Name, Telefonnr.)

ZUSTÄNDIGER KINDERARZT/HAUSARZT (Name, Adresse, Telefonnummer):

BEKANNTE KINDERKRANKHEITEN bzw. ALLERGIEN:

MASERNIMPfung: JA, am _____ NEIN

ZECKENSCHUTZIMPfung: JA, am _____ NEIN

KALIUMJODIDTABLETTEN BEI ATOMKATASTROPHEN: JA NEIN

WICHTIG: Sollte Ihr Kind erkranken, bitten wir Sie dies dem Kindergartenpersonal innerhalb von 3 Tagen bekanntzugeben. Bei Nichtmeldung der Krankheit muss nach einer Woche eine ärztliche Bestätigung vorgelegt werden.

BEANSPRUCHEN SIE ZURZEIT FÜR IHR KIND EINE FÖRDERUNG (zB. Sparche bzw. Frühförderung)

JA, _____ NEIN

5. BESTÄTIGUNG UND UNTERSCHRIFT DES / DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

ICH/WIR _____ **BESTÄTIGE(N) MIT MEINER/UNSERER UNTERSCHRIFT**

- die Richtigkeit der Angaben aller angeführten Personen
- dass mit diesem Antrag eine verbindliche Anmeldung für das vorne angeführte Kind erfolgt, und ich/wir mich/uns zur regelmäßigen Bezahlung des vorgeschriebenen Kostenbeitrages verpflichte(n).
- Weiters nehme(n) ich/wir mit meiner/unsere(r) Unterschrift zur Kenntnis, dass
 - ♦ die angegebenen Daten automationsunterstützt verarbeitet werden.
 - ♦ die Gemeinde Kapfenstein als Erhalter der Kinderbetreuungseinrichtung jene Angaben, die für den Vollzug des Steiermärkischen Kinderbildungs- und -betreuungsgesetzes sowie des Steiermärkischen Kinderbetreuungsförderungsgesetzes erforderlich sind, an das Land Steiermark zum Zweck der Überprüfung übermittelt. Diese Daten sind auf dem Formular gekennzeichnet (*).
 - ♦ die mit *) gekennzeichneten Daten in anonymisierter Form an die Statistik Austria für die Erstellung der österreichischen Kindertagesheimstatistik übermittelt werden. Dazu wird angemerkt, dass nur Geburtsmonat und -jahr des Kindes übermittelt werden.

ICH/WIR **ERTEILE(N)** **ERTEILE(N) NICHT** DIE ZUSTIMMUNG, DASS BILDER, FOTOS, ETC. MEINES KINDES IN VERÖFFENTLICHUNGEN DER GEMEINDE KAPFENSTEIN, INSBESONDERE DER GEMEINDENACHRICHT UND AUF DER HOMEPAGE DER GEMEINDE KAPFENSTEIN VERWENDET, SOWIE IM ANLASSFALL AN VON DER GEMEINDE KAPFENSTEIN AUSGEWÄHLTE DRITTE (ZB. SCHULEN, ETC.) WEITERGEGEBEN WERDEN DÜRFEN.

ES WIRD DARAUF HINGEWIESEN, DASS SICH EINE BEGRENZTE ANZAHL AN KINDERN (6 KINDER) MIT DEN SPIELGERÄTEN, DIE IM TURNSAAL DES KINDERGARTENS ZUR VERFÜGUNG STEHEN, FREI BESCHÄFTIGEN U. AKTIV SEIN DÜRFEN UND DABEI **NICHT VON EINER BETREUUNGSPERSON BEAUFSICHTIGT** WERDEN. ICH/WIR **STIMME(N)** **STIMME(N) NICHT** ZU.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT DER/DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN (beide!)