

# Anmeldung für den Besuch in der **Kinderkrippe** oder im **Kindergarten Kapfenstein** im Kinderbetreuungsjahr 2024/2025

1. ANGABEN ZUM KIND					
FAMILIENNAME	VORNAME	M *)	W *)	GEBURTSDATUM *)	SOZIALVERS.NR.
PLZ *)	STRASSE			HAUS-NR.	
<b>KIND IST MITVERSICHERT BEI U. BEI WELCHEM VERSICHERUNGSTRAEGER:</b>					
KIND IST IM VERPFLICHTENDEN KINDERGARTENJAHR (Zeitraum 02.09.2018 bis einschließlich 01.09.2019)					
<input type="radio"/> JA		<input type="radio"/> NEIN			
ERSTSPRACHE *)					
<input type="radio"/> DEUTSCH <input type="radio"/> ENGLISCH <input type="radio"/> FRANZÖSISCH <input type="radio"/> ANDERE: _____					
STAATSBÜRGERSCHAFT *)	HERKUNFTSLAND	RELIGION		GESCHWISTER IM HAUSHALT	
IZB BESCHEID 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 DEUTSCHKENNTNISSE 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. ANGABEN ZUR BEZAHLUNG					
Der berechnete Kindergarten- bzw. Krippenbeitrag wird bezahlt von:			<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater	

## 5. WEITERE INFORMATIONEN FÜR DIE KINDERBETREUUNGSEINRICHTUNG

KINDERGARTEN bzw. KINDERKRIPPE wird grundsätzlich halbtägig (bei Bedarf eventuell ganztägig) geführt.

### EINSCHREIBEZEITEN von MO bis FR: \*)

frühestens 07.00 Uhr bis max. 13.00 Uhr  
(6 Stunden - Halbtag)

frühestens 07.00 Uhr bis  
max. \_\_\_\_\_ Uhr

**Bitte beachten Sie, dass die Kosten und die genaue Öffnungszeit des Kindergartens mit Kinderkrippe noch nicht bekannt gegeben werden können!**

DIE HÖHE DES ELTERNBEITRAGES IST 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

**Das Kind muss mindestens 3 Jahre alt sein, sonst darf das Busunternehmen sie oder ihn nicht mitnehmen!**

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 umgehend bekanntzugeben. Bei Nichtmeldung der Krankheit muss nach einer Woche eine ärztliche Bestätigung vorgelegt werden.**

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

JA, \_\_\_\_\_

NEIN

## 6. 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, HOMEPAGE, KIDSFOX UND CITIES-APP 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 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) ZU  STIMME(N) NICHT ZU.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT DER/DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN (beide!)