

Anmeldeblatt

DATEN DES KINDES:	
Vorname:	Familienname:
Geburtsdatum:	Sozialversicherungsnummer:
Muttersprache: <input type="radio"/> deutsch <input type="radio"/> andere :	
Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	
Adresse, Wohnort :	
Staatsbürgerschaft:	Religion:
Anzahl der Geschwister:	
Kinderarzt:	

Ich nehme für mein Kind
folgende
Betriebsform in Anspruch:

- ☐ Halbttag 07.00 – 13.00 Uhr (max. 6 Std.)
- ☐ Ganzttag 07.00 – 16.00 Uhr
 - ☐ max. 8 Std.
 - ☐ max. 9 Std.

Mittagessen:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Behindert laut Behindertengesetz:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Betreuungsbeginn (Datum):		
Bringzeit (Uhrzeit):	Abholzeit (Uhrzeit):	

Wer ist im Notfall zu verständigen: _____

Die Abholung des Kindes erfolgt durch:

☐ Mutter

☐ Vater

☐ Verwandte/Bekannte (Name und Telefonnummer)

1. _____

3. _____

2. _____

4. _____

DATEN DER ELTERN:

	Mutter	Vater
Familienname:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Geburtsort:		
Religion:		
Staatsbürgerschaft:		
Beruf:		
Firma:		
Beschäftigungsausmaß:	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> Arbeitssuchend <input type="radio"/> Karenz	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> Arbeitssuchend <input type="radio"/> Karenz
Tel. Privat:		
Tel. Arbeitsplatz:		
E-Mail Adresse:		
Alleinerzieher:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Erziehungsberechtigt:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Der Erziehungsberechtigte ist verpflichtet dafür Sorge zu tragen, dass sein Kind frei von ansteckenden Krankheiten die Kinderkrippe besucht. Gegebenenfalls kann eine schriftliche Bestätigung vom Arzt verlangt werden.

Eine Kündigung des Betreuungsvertrages muss am spätestens 15. des Vormonates erfolgen. Das angefangene Monat ist zur Gänze zu bezahlen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die obigen Angaben der Wahrheit entsprechen, vollständig sind und erkläre mich hiermit mit der Bildungsarbeit und der Betreuungsvereinbarung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Zusatzinformationen zur Anmeldung in der Kinderkrippe

(Diese werden streng vertraulich behandelt!)

Vorlieben und sonstige, wichtige Angaben zum Kind:

Allergien (die im Ernstfall bekannt sein sollten): _____

Diäten: _____

Geburtsverlauf:

- ☐ normal
- ☐ Komplikationen (Frühgeburt, Sauerstoffmangel, Kaiserschnitt...)

Wenn ja, welche: _____

Durchgemachte Kinderkrankheiten:

Besonderheiten (z.B. Brille...): _____

Welche Medikamente bekommt ihr Kind:

*regelmäßig: _____

*im Notfall: _____

Gibt es etwas Besonderes im Leben Ihres Kindes, das für uns zu wissen wichtig wäre (traumatische Ereignisse, Ängste, Tod von Familienangehörigen....):

Haben Sie bei ihrem Kind Auffälligkeiten in der Entwicklung beobachtet:

	Ja	Nein	Bin mir nicht sicher
In der Sprache (Satzbildung, Aussprache)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der Bewegung (krabbeln, laufen, klettern...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Verhalten (Spielverhalten, Kontakt zu anderen Personen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der Konzentration?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde ein Sehtest gemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ergebnis:
Wurde ein Hörtest gemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ergebnis:
Hat Ihr Kind bereits Frühförderung oder andere Therapien (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie) in Anspruch genommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wenn ja Welche? _____			



Einverständniserklärungen

Name des Erziehungsberechtigten: _____

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum (Kind): _____

Einverständniserklärung zur Verwendung von Fotos

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Fotos, die in der Kinderbildungs- und Betreuungseinrichtung von meinem Kind gemacht werden, im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit im WEB der Marktgemeinde Wildon, in den Wildoner Nachrichten, in der Einrichtung sowie für Dokumentationszwecke verwendet werden. Die Einverständniserklärung gilt für die Dauer, in der mein Kind die Einrichtung besucht.

☐ **JA**, ich stimme zu

☐ **NEIN**, ich stimme nicht zu

Einverständniserklärung zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten an Kindergärten und Kinderkrippen

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- ☐ **JA**, ich erteile entsprechend dem Merkblatt für Eltern und Erziehungsberechtigte die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall – nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörde – Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen zur Einnahme von Kaliumjodidtabletten bekannt sind.
- ☐ **NEIN**, ich erteile die Einwilligung nicht.

Schutzimpfungen

Sind alle Schutzimpfungen vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein

Masern Impfung: ☐ Ja ☐ Nein

Zeckenschutzimpfung: ☐ Ja ☐ Nein

Eine Kopie des Impfpasses ist der Kinderkrippe mitzubringen.

Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten