

# Kinderkrippe Wildon

Alte Reichstraße 3, 8410 Wildon

Tel.: 0664 78059802 Mail: kinderkruppe.wildon@wildon.gv.at



## 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:

- ☐ Halbtage 07.00 – 13.00 Uhr (max. 6 Std.)
- ☐ Ganztage 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. \_\_\_\_\_

# Kinderkrippe Wildon

Alte Reichstraße 3, 8410 Wildon

Tel.: 0664 78059802 Mail: kinderkrippe.wildon@wildon.gv.at



| DATEN DER ELTERN:     |  |  |
|-----------------------|--|--|
|                       | Mutter   | Vater  |
| Familienname:         |  |  |
| Vorname:              |  |  |
| Geburtsdatum:         |  |  |
| Geburtsort:           |  |  |
| Religion:             |  |  |
| Staatsbürgerschaft:   |  |  |
| Beruf:                |  |  |
| Firma:                |  |  |
| Beschäftigungsausmaß: | <input type="radio"/> Vollzeit<br><input type="radio"/> Teilzeit<br><input type="radio"/> Arbeitssuchend<br><input type="radio"/> Karenz | <input type="radio"/> Vollzeit<br><input type="radio"/> Teilzeit<br><input type="radio"/> Arbeitssuchend<br><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  |

Bei Besuch der Ganztageskrippe ist darauf zu achten, dass die Aufenthaltsdauer Ihres Kindes das gesetzliche Höchstmaß von täglich 10 Stunden in der Einrichtung nicht überschreiten darf.  
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

# Kinderkrippe Wildon

Alte Reichstraße 3, 8410 Wildon

Tel.: 0664 78059802 Mail: kinderkruppe.wildon@wildon.gv.at



## 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? _____  |                       |                       |                       |

## Kinderkrippe Wildon

Alte Reichstraße 3, 8410 Wildon

Tel.: 0664 78059802 Mail: kinderkruppe.wildon@wildon.gv.at



### 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