

Anmeldung für den Kindergarten Möselgasse

KIND:

Name	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich
PLZ und Ort	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Religion
Staatsbürgerschaft	Muttersprache
Hausarzt	Sozialversicherungsnummer
Geschwister (Name und Alter)	
Wichtige gesundheitliche Informationen (vor allem Allergien!)	
Liegt eine Behinderung nach Behindertengesetz vor? ☐ ja ☐ nein	

MUTTER:

Name	Alleinerzieherin ☐ ja ☐ nein
PLZ und Ort	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Familienstand

Telefonnummer	E-Mail
Berufstätig ☐ Ja ☐ Nein	☐ Vollzeit ☐ Karenz ☐ Teilzeit ☐ Ausbildung
Beruf	Arbeitgeber

VATER:

Name	Alleinerzieher ☐ ja ☐ nein
PLZ und Ort	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Familienstand
Telefonnummer	E-Mail
Berufstätig ☐ Ja ☐ Nein	☐ Vollzeit ☐ Karenz ☐ Teilzeit ☐ Ausbildung
Beruf	Arbeitgeber

KONTAKTPERSONEN: (wenn Eltern nicht erreichbar sind)

Name	Telefonnummer	E-mail
Name	Telefonnummer	E-mail

Art der Anmeldung:

☐ ganztags ☐ halbtags ☐ mit Mittagessen ☐ ohne Mittagessen

- ☐ Ich nehme zur Kenntnis, dass die Kindergartenpädagoginnen und Helferinnen keinerlei Medikamente (bei Husten, Fieberkrämpfen, epileptischen Anfällen, etc.) verabreichen dürfen.
- ☐ Bei einer Aufnahme des Kindes in den Kindergarten gebe ich mein Einverständnis für die Reihenuntersuchung durch den Kinderarzt.
- ☐ Bei einer Aufnahme des Kindes in den Kindergarten gebe ich mein Einverständnis für die Reihenuntersuchung Sehtest.
- ☐ Bei einer Aufnahme in den Kindergarten gebe ich mein Einverständnis für die Reihenuntersuchung Hörtest.
- ☐ Bei der Aufnahme des Kindes in den Kindergarten gebe ich mein Einverständnis für die Reihenuntersuchung Logopädie.
- ☐ Bei einer Aufnahme des Kindes in den Kindergarten gebe ich mein Einverständnis für die Abklärung der Schulreife mit der Volksschule.
- ☐ Bei einer Aufnahme des Kindes in den Kindergarten gebe ich mein Einverständnis, dass das Kind im Rahmen der kindergärtlichen Betreuung fotografiert und gefilmt werden darf und diese Fotos und Filme auch veröffentlicht werden dürfen.
- ☐ Bei einer Aufnahme des Kindes in den Kindergarten gebe ich mein Einverständnis zur Verabreichung von Kalium Jodid Tabletten.
- ☐ Bei einer Aufnahme des Kindes in den Kindergarten bin ich mit der Aufhebung der Verschwiegenheit unter bestimmten Fällen einverstanden.

Bisherige außerfamiliäre Betreuung:

☐ Nein	☐ Tagesmutter	☐ Krabbelstube	☐ Sonstiges
-------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Bekannte Kinder, die bereits die Einrichtung besuchen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe und verpflichte mich, jede Änderung der angegebenen Daten unverzüglich und unaufgefordert bekanntzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift