



Anmelde- und Änderungsformular

| | | | |
|--|---------------------|---|-----------------|
| Anmeldung gewünscht ab: | | | |
| Änderung gewünscht ab: | | | |
| Name des Kindes: | | | |
| Geboren am: | Geburtsort: | Männlich: | Weiblich: |
| | | | |
| Hauptwohnsitz: | | | |
| Gemeldet seit: | | | |
| Krankenkasse: | | Versicherungsnummer: | |
| Staatsangehörigkeit: | | Muttersprache: | |
| Religion: | | | |
| Name der Mutter: | | Erziehungsberechtigt: Ja Nein | |
| Hauptwohnsitz: | | Gemeldet seit: | |
| Krankenkasse: | | Versicherungsnummer: | |
| Beschäftigt bei: | | | |
| Arbeitszeiten: | | | |
| Telefonnummer Privat: | Tel. Arbeitsstelle: | Handy: | E-Mail-Adresse: |
| | | | |
| Name des Vaters: | | Erziehungsberechtigt: Ja Nein | |
| Hauptwohnsitz: | | Gemeldet seit: | |
| Krankenkasse: | | Versicherungsnummer: | |
| Beschäftigt bei: | | | |
| Arbeitszeiten: | | | |
| Telefonnummer Privat: | Tel. Arbeitsstelle: | Handy: | E-Mail-Adresse |
| | | | |
| Ich stimme der Betreuung meines Kindes durch das pädagogische Fachpersonal zu: | | | |
| Ja | | Nein | |

| | | | |
|---|----------|-----------------|--|
| | | | |
| War Ihr Kind schon in einer Kinderbetreuungseinrichtung? | | | |
| Ja | | Nein | |
| Impfungen: | Ja | Nein | Kinderkrankheiten: |
| Tetanus: | Ja | Nein | |
| FSME: | Ja | Nein | |
| Brillenträger: | Ja | Nein | |
| Operationen: | | | |
| Leidet Ihr Kind unter Allergien? | | Ja | Nein |
| Muss Ihr Kind Medikamente nehmen? | | Ja | Nein |
| | | Wenn ja welche: | |
| Gibt es Auffälligkeiten in der Entwicklung des Kindes? (körperlich, sprachlich) | | Ja | Nein |
| Darf ihr Kind am Zahnprophylaxeprogramm teilnehmen? | | Ja | Nein |
| Erste-Hilfe-Maßnahmen im Falle eines Nuklear-Unfalls | | | |
| Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Anlassfall Kaliumjodid-Tabletten verabreicht werden: | | Ja | Nein |
| E R K L Ä R U N G | | | |
| Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind in der Kinderkrippe fotografiert wird und Fotos eventuell auf der Homepage und im Infoblatt der Kinderkrippe veröffentlicht werden: | | Ja | Nein |
| Abholung des Kinderkrippen-Kindes | | | |
| Ich erkläre hiermit, dass ich folgende Personen (Mindestalter 16 Jahre) zur Übergabe bzw. Übernahme meines Kindes an das bzw. vom Kinderkrippen-Personal bevollmächtigte: | | | |
| Name: | Adresse: | Telefonnummer: | Erreichbarkeit zur Kinderkrippen-Zeit: |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Erziehungs- und Betreuungszeiten & Mittagessen

| Betreuungs- Zeiten | Halbtags- Betreuung vormittags | Halbtags- Betreuung nachmittags | Ganztags- Betreuung | Mittagessen |
|-----------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|-------------|
| MO | | | | |
| DI | | | | |
| MI | | | | |
| DO | | | | |
| FR | | | | |

Bitte Felder unbedingt ausfüllen!

Wörgl am,

.....
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

ZAHLUNGSBEDINGUNGEN:

Der Elternbeitrag für mein Kind beträgt monatlich Euro. Dieser Elternbeitrag ist jeweils im Voraus bis zum 15. des Monats auf das IBAN: AT12 4239 0001 3020 0875 bei der Volksbank Tirol Innsbruck-Schwaz AG 6361 Hopfgarten, mittels Dauerauftrag zu bezahlen.

Elternbeiträge werden auch bei Fernbleiben des Kindes verrechnet (z. B. Krankheit, Urlaub, Ferien, der Einrichtung).

KÜNDIGUNGSBESTIMMUNGEN:

Der Betreuungsvertrag kann jeweils bis zum letzten eines Monats mit Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten gekündigt werden.

Die Beträge sind auf das vorgegebene Konto zu überweisen.

Wir behalten uns vor, bei nicht pünktlicher Bezahlung der Beiträge die Betreuung des Kindes zu verweigern.

Beiblatt

| | |
|---|----------------------|
| Name des Kindes: | Geburtsdatum: |
| Frühgeburt: Ja / Nein | |
| Geschwister: Ja / Nein | |
| Haustiere: Ja / Nein | Wenn ja, welche? |
| Flasche / Schnuller: | |
| Im Notfall zu verständigen: | Tel: |
| Zu welchem Arzt sollen wir im Notfall Ihr Kind bringen? | |
| Telefonnummer: | |
| Adresse: | |
| Womit spielt ihr Kind gerne? | |
| | |
| Welches Übergangsobjekt könnte Ihr Kind von zuhause mitbringen? | |
| | |
| Was kann Ihr Kind gar nicht leiden? | |
| | |
| In welchen Situationen ist Ihr Kind besonders ängstlich? | |
| | |
| Was isst Ihr Kind besonders gerne, was mag es gar nicht? | |
| | |
| Kennt Ihr Kind bereits schon ein anderes Kind in der Einrichtung? | |
| | |