

Anmeldung – Kleinkindbetreuung

(Für Kinder ab einem Alter von 15 Monaten bis zum Kindergarteneintritt)

Aufnahme erwünscht ab (bitte Monat+Jahr eintragen): _____

Daten des Kindes

Familien- und Vorname			Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	Erstsprache	Religion	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	
PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr., Top			Geschwisteranzahl: _____ Geschwisterkind in Betreuung: _____	
Vers.Nr.		Versichert bei:		
Anmerkungen Allergien (z.B. Bienen, Nüsse, Weizen), Verhaltensauffälligkeiten, Krankheiten, Seh- oder Hörschwäche etc.:				
Deutschkenntnisse: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> versteht / spricht etwas <input type="checkbox"/> noch keine				
Erhöhter Förderbedarf: <input type="checkbox"/> Absolutes Gutachten <input type="checkbox"/> Relatives Gutachten <input type="checkbox"/> in Abklärung <input type="checkbox"/> keiner				
Grund der Betreuung (Mehrfachnennungen möglich)				
<input type="checkbox"/> Berufstätigkeit der/des Erziehungsberechtigten		<input type="checkbox"/> Sprachkenntnisse des Kindes stärken		
<input type="checkbox"/> Ende Karenz der/des Erziehungsberechtigten		<input type="checkbox"/> Sozialverhalten des Kindes fördern		
<input type="checkbox"/> Jobsuche der/des Erziehungsberechtigten		<input type="checkbox"/> Entlastung für die Familie		
<input type="checkbox"/> Sonstiges:				
Bisher besuchte Einrichtung(en):				

Daten des/der Erziehungsberechtigten 1

Familien- und Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	
Sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Telefonnummer	E-Mail Adresse	
berufstätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	
<input type="checkbox"/> Elternkarenz bis _____		<input type="checkbox"/> in Ausbildung	
PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr., Top (wenn nicht im gemeinsamen Haushalt lebend)			

Daten des/der Erziehungsberechtigten 2

Familien- und Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Telefonnummer	E-Mail Adresse
berufstätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Elternkarenz bis _____ <input type="checkbox"/> in Ausbildung		
PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr., Top (wenn nicht im gemeinsamen Haushalt lebend)		

Daten einer weiteren Bezugsperson:	Tel.Nr.
---	---------

Bitte die in Frage kommende/n Einrichtung/en ankreuzen (Mehrfachnennungen möglich):

- Kinderhaus Gisingen Josefgasse** (geöffnet von Mo – Fr 07:00 bis 18:00 Uhr)
 Kinderhaus Nofels (geöffnet von Mo – Fr 07:00 bis 18:00 Uhr)
 Kinderhaus Tisis Carina (geöffnet von Mo – Fr 07:00 bis 18:00 Uhr)
 Kleinkindgruppe Tisis Gallmist (geöffnet Mo, Mi, Fr 07:00 bis 14:00; Di u. Do 07:00 bis 16:30 Uhr)

Gewünschte Betreuungszeiten:

Grundangebot	Betreuungszeiten	MO	DI	MI	DO	FR
V – Modul Vormittag inkl. Mittagessen	07:30 bis 12:30 Uhr					
V – Modul Vormittag exkl. Mittagessen	07:30 bis 12:30 Uhr					
Erweiterung	Betreuungszeiten	MO	DI	MI	DO	FR
F – Modul Früh	07:00 bis 07:30 Uhr					
M – Modul Mittag	12:30 bis 14:00 Uhr					
N – Modul Nachmittag	14:00 bis 16:30 Uhr					
A – Modul Abend	16:30 bis 17:30 Uhr					
S – Modul Spät	17:30 bis 18:00 Uhr					

Zahlung

Die monatlichen Betreuungskosten werden von Erziehungsberechtigte:r 1
 Erziehungsberechtigte:r 2 bezahlt.

Zahlung per: Zahlschein oder Einzugsermächtigung (hierzu bitte Formular ausfüllen)

Die gewählten Module werden monatlich im Nachhinein verrechnet.

Diese Anmeldung ist verbindlich. Die gewünschten Betreuungszeiten werden auch bei Abwesenheit des Kindes in Rechnung gestellt. Moduländerungen können nur in begründeten Fällen in Absprache mit der Leitung Ihrer Einrichtung vorgenommen werden.

Ich versichere, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig ausgefüllt habe und erkläre hiermit, sorgeberechtigt zu sein. Ich nehme zur Kenntnis, dass allfällige Veränderungen umgehend der Einrichtungsleitung gemeldet werden müssen.

Datum _____

Unterschrift _____

Die von Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten werden aufgrund eines (Vor)vertrages gem. Art 6 Abs 1 lit. b DSGVO verarbeitet. Detaillierte Informationen zur Verarbeitung und zu Ihren Rechten als betroffene Person finden Sie unter: www.feldkirch.at/datenschutz-cookies/