Betreiber*in (Name und Ar	schrift):			
St.Hemma-Stiftung für Bildung	s- und Betreuungseinrichtu	ngen für Kinder un	d Jugendliche in	der Diözese Gurk
Sandwirtgasse 2				
9020 Klagenfurt am Wörtherse	ee			
Kinderbildungs- und -betre	uungseinrichtung (Name	und Anschrift):		
Pfarrkindergarten Himmelberg		•		
Steinbruchweg 1				
9562 Himmelberg				
		Datum Erstgespräch:		
		Eintrittsdatum:		
	(Stampiglie des Kindergartens)	Austrittsdatum:		
Angaben zum Kind				
Vorname:		Familienname:		
Straße:		PLZ:	Ort:	
Sozialversicherungsnumme	r:	Geburtsdatum:	Gebur	tsort:
Staatsbürgerschaft:				
Erstsprache:		Deutschkenntnis	se: o ja	o nein
Anmerkungen:				
Religionsbekenntnis:		Geschwister:		
Kinderbetreuung bisher:				
Anmeldung:				
\square für fünf Tage/Woche	Uh	rzeit		
	von	bis		
Montag bis Donnerstag	Uhr	Uhr		
Freitag	Uhr	Uhr		
oder				
☐ für folgende Tage	Uh	rzeit		
	von	bis		
☐ Montag	Uhr	Uhr		
☐ Dienstag	Uhr	Uhr		
☐ Mittwoch	Uhr	Uhr		
☐ Donnerstag	Uhr	Uhr		
☐ Freitag	Uhr	Uhr		

Erziehungs- bzw. Obsorgebered	:htigte*r					
Wenn nicht beide Elternteile obsorgeb	perechtigt sind, unbe	edingt Bescheid beil	egen			
Vorname:		Familienname:				
Beziehung zum Kind:		Geburtsdatum:				
Adresse: o wie oben		o andere				
Straße:	PLZ:		Ort:			
Staatsbürgerschaft:		Erstsprache:				
Religionsbekenntnis:						
Berufstätigkeit: o ja, Vollzeit	o ja, Teilzeit	o Arbeitssuche	o Karenz	o Student*in		
Telefonnummer:						
E-Mail-Adresse:						
Vorname:	Familienname:					
Beziehung zum Kind:		Geburtsdatum:				
Adresse: o wie oben		o andere				
Straße:	PLZ:		Ort:			
Staatsbürgerschaft:		Erstsprache:				
Religionsbekenntnis:						
Berufstätigkeit: o ja, Vollzeit	o ja, Teilzeit	o Arbeitssuche	o Karenz	o Student*in		
Telefonnummer:						
E-Mail-Adresse:						
Im Notfall zu verständigen						
Name	Bezug zum Kind		Telefonnummer			
	-					
Personen, die das Kind vom Kin	dergarten abho	len dürfen				
Name Bezug zum Kind			Telefonnummer			
	1		1			
Personen, die das Kind NICHT v	om Kindergartei	n abholen dürfer	1			
Name		Bezug zum Kind				

Angaben zum Kind				
Schwangerschaftsverlauf: o norma	l o Komplikationen			
Geburtsverlauf: o normal	o Komplikationen			
Frühgeburt: o nein o j	a, in der Woche			
Bewegungsentwicklung:	Krabbeln: o ja	o nein		
Sprachentwicklung:				
Befunde:				
Spezielle Förderung bisher:				
Essgewohnheiten:				
Braucht Ihr Kind Unterstützung bei	m Essen? o ja	o nein		
Ist Ihr Kind bereits sauber?	o ja	o nein		
Braucht Ihr Kind Unterstützung bei	m Gang auf die Toilette? o ja	o nein		
Schlafgewohnheiten:	o Mittagsschlaf JAo schläft alleineo hat einen Schnullero andere (welche?)	o Mittagsschlaf NEIN		
Braucht Ihr Kind Unterstützung bei	·	o nein		
weithe vomeben und interessen in	at Ihr Kind (spielen mit anderen Kin	dem, Liebinigsspieizeug etc.):		
Hat Ihr Kind Ängste? Wenn ja, welche?				
Wie verhält sich Ihr Kind bei Angst, trösten, beruhigen?	Trauer, Schmerz, Wut und wie kön	nen wir Ihr Kind in dieser Situation		
Anfallskrämpfe:	o ja	o nein		
Fieberkrämpfe:	o ja	o nein		
Diät:	o ja	o nein		
Hörhilfen:	o ja	o nein		
Sehhilfen:	o ja	o nein		
Orthopädische Hilfen:	o ja	o nein		
Pseudokrupp:	o ja	o nein		
Neurodermitis:	o ja	o nein		
Zuckerkrankheit:	o ja	o nein		
Asthma:	o ja	o nein		
Medikamente:	o ja	o nein		
FSME geimpft:	o ja	o nein		
Tetanus geimpft:	o ja	o nein		
Masern geimpft:	o ja	o nein		
Allergien:	o ja	o nein		
Wenn ja, welche:				
Lebensmittelunverträglichkeiten:	o ja	o nein		

Wenn ja, welche:		
Kaliumjodidtabletten		
Ich bin mit der Verabreichung von Kaliumjodidtabletten im Ernstfall einer großräumigen radioaktiven Verunreinigung einverstanden.		
o ja o nein		
Kooperation Kindergarten & Schule		
Ich bin damit einverstanden, dass Informationen über das Kind an die zuständige Volksschule (Lehrer*in) weitergeleitet werden dürfen.		
o ja o nein		
Meine Einwilligung kann jederzeit bei dem/der Einrichtungsleiter*in widerrufen werden.		
Kooperation AVS/PPD Ich bin damit einverstanden, dass Informationen über das Kind an die Arbeitsvereinigung der Sozialhilfe Kärntens (AVS) sowie an den Psychologisch-Psychotherapeutischen Dienst (PPD) weitergeleitet werden dürfen. o ja o nein Meine Einwilligung kann jederzeit bei dem/der Einrichtungsleiter*in widerrufen werden.		
Zeckenentfernung		
 O Ja, ich bin damit einverstanden, dass im Falle der Sichtung einer Zecke, diese durch die MitarbeiterInnen der Kinderbildungseinrichtung entfernt, desinfiziert und gekennzeichnet wird. O Nein, ich bin mit der Zeckenentfernung NICHT einverstanden und möchte telefonisch informiert werden, um die Zecke somit selbst zu entfernen oder von einer dritten Person/Bezugsperson des Kindes entfernen zu lassen. 		
Bitte führen Sie zusätzlich den <u>Namen sowie die Telefonnummer</u> des Kinderarztes/der Kinderärztin bzw. des Hausarztes/der Hausärztin an:		
Medikamentenverabreichung		
Bitte beachten Sie, dass im Kindergarten nur dann Medikamente an Kinder verabreicht werden dürfen, wenn hierfür eine ärztliche Bestätigung (inklusive genauer Angabe des Medikaments, Dosierung & Datum) vorliegt. Es wird vereinbart, dass die Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtung mit des Medikamentenverabreichung keine Haftung übernimmt und dafür diesbezüglich schad- und klaglos		
gehalten wird.		
Anmerkungen bzw. worauf besonders zu achten ist		

Als Erziehungs- bzw. Obsorgeberechtigte*r bin ich damit einverstanden, dass zum Zweck der Anmeldung, Abhaltung von Probebesuchen (bzw. Schnuppertagen), der Erhebung der Betreuungsleistung, der ordnungsgemäßen Betreuung und ihrer Dokumentation sowie zur Erfüllung gesetzlicher Bestimmungen personenbezogene Daten verarbeitet sowie im Rahmen der Geschäftstätigkeit an Dritte weitergegeben werden können.*

Die Erziehungs- bzw. Obsorgeberechtigten gewährleisten, dass Dritte (Angehörige, sonstige Personen), deren Daten sie der Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtung bekannt geben, über die Verarbeitung durch die Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtung als Angehörige*r, Notfallkontakt oder Abholberechtigte*r informiert werden sowie eine allenfalls erforderliche Einwilligung eingeholt wird.

Unterschrift der erziehungs- bzw. obsorgeberechtigt	en Person(en):
Ort, Datum	Unterschrift(en)
Unterschrift Kindergartenleiter*in oder Pädagog*in:	
 Ort, Datum	 Unterschrift

^{*}Alle Informationen zum Datenschutz siehe Beiblatt "Informationspflichten gemäß Artikel 13 und Artikel 14 DSGVO".