

Betreiber*in (Name und Anschrift): St.Hemma-Stiftung für Bildungs- und Betreuungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche in der Diözese Gurk Sandwirtgasse 2 9020 Klagenfurt am Wörthersee	
Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtung (Name und Anschrift): Pfarrkindergarten Himmelberg Steinbruchweg 1 9562 Himmelberg	
(Stampiglie des Kindergartens)	Datum Erstgespräch:
	Eintrittsdatum:
	Austrittsdatum:

Angaben zum Kind																	
Vorname:		Familiennamen:															
Straße:		PLZ:	Ort:														
Sozialversicherungsnummer:		Geburtsdatum:	Geburtsort:														
Staatsbürgerschaft:																	
Erstsprache:		Deutschkenntnisse: o ja o nein															
Anmerkungen:																	
Religionsbekenntnis:		Geschwister:															
Kinderbetreuung bisher:																	
Anmeldung:																	
☐ für fünf Tage/Woche <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <th colspan="2">Uhrzeit</th> </tr> <tr> <td>von</td> <td>bis</td> </tr> <tr> <td>Montag bis Donnerstag</td> <td>Uhr Uhr</td> </tr> <tr> <td>Freitag</td> <td>Uhr Uhr</td> </tr> </table>				Uhrzeit		von	bis	Montag bis Donnerstag	Uhr Uhr	Freitag	Uhr Uhr						
Uhrzeit																	
von	bis																
Montag bis Donnerstag	Uhr Uhr																
Freitag	Uhr Uhr																
oder																	
☐ für folgende Tage <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <th colspan="2">Uhrzeit</th> </tr> <tr> <td>von</td> <td>bis</td> </tr> <tr> <td>☐ Montag</td> <td>Uhr Uhr</td> </tr> <tr> <td>☐ Dienstag</td> <td>Uhr Uhr</td> </tr> <tr> <td>☐ Mittwoch</td> <td>Uhr Uhr</td> </tr> <tr> <td>☐ Donnerstag</td> <td>Uhr Uhr</td> </tr> <tr> <td>☐ Freitag</td> <td>Uhr Uhr</td> </tr> </table>				Uhrzeit		von	bis	☐ Montag	Uhr Uhr	☐ Dienstag	Uhr Uhr	☐ Mittwoch	Uhr Uhr	☐ Donnerstag	Uhr Uhr	☐ Freitag	Uhr Uhr
Uhrzeit																	
von	bis																
☐ Montag	Uhr Uhr																
☐ Dienstag	Uhr Uhr																
☐ Mittwoch	Uhr Uhr																
☐ Donnerstag	Uhr Uhr																
☐ Freitag	Uhr Uhr																

Erziehungs- bzw. Obsorgeberechtigte*r					
Wenn nicht beide Elternteile obsorgeberechtigt sind, unbedingt Bescheid beilegen					
Vorname:			Familiename:		
Beziehung zum Kind:			Geburtsdatum:		
Adresse: ☐ wie oben		☐ PLZ:		☐ o andere	
Straße:		Ort:			
Staatsbürgerschaft:			Erstsprache:		
Religionsbekenntnis:					
Berufstätigkeit:	☐ ja, Vollzeit	☐ ja, Teilzeit	☐ o Arbeitssuche	☐ o Karenz	☐ o Student*in
Telefonnummer:					
E-Mail-Adresse:					

Vorname:			Familiename:		
Beziehung zum Kind:			Geburtsdatum:		
Adresse: ☐ wie oben		☐ PLZ:		☐ o andere	
Straße:		Ort:			
Staatsbürgerschaft:			Erstsprache:		
Religionsbekenntnis:					
Berufstätigkeit:	☐ ja, Vollzeit	☐ 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 Kindergarten abholen dürfen		
Name	Bezug zum Kind	Telefonnummer

Personen, die das Kind NICHT vom Kindergarten abholen dürfen	
Name	Bezug zum Kind

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		
☐ Ja, ich bin damit einverstanden, dass im Falle der Sichtung einer Zecke, diese durch die MitarbeiterInnen der Kinderbildungseinrichtung entfernt, desinfiziert und gekennzeichnet wird. ☐ 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 der 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. obsorgeberechtigten 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“.