

Betreiber*in (Name und Anschrift):
 Pfarre Himmelberg
 Turracher Straße 16
 9562 Himmelberg

Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtung (Name und Anschrift):
 Pfarrkindergarten Himmelberg
 Steinbruchweg 1
 9562 Himmelberg

(Stampiglie des Kindergartens)	Datum Erstgespräch:
	Eintrittsdatum:
	Austrittsdatum:

Angaben zum Kind

Vorname:	Familienname:
Straße:	PLZ: Ort:
Sozialversicherungsnummer:	Geburtsdatum: Geburtsort:
Staatsbürgerschaft:	
Erstsprache:	Deutschkenntnisse: o ja o nein
Anmerkungen:	
Religionsbekenntnis:	Geschwister:
Kinderbetreuung bisher:	

Anmeldung:

<input type="checkbox"/> für fünf Tage/Woche	Uhrzeit
	von bis
Montag bis Donnerstag	Uhr Uhr
Freitag	Uhr Uhr
oder	
<input type="checkbox"/> für folgende Tage	Uhrzeit
	von bis
<input type="checkbox"/> Montag	Uhr Uhr
<input type="checkbox"/> Dienstag	Uhr Uhr
<input type="checkbox"/> Mittwoch	Uhr Uhr
<input type="checkbox"/> Donnerstag	Uhr Uhr
<input type="checkbox"/> Freitag	Uhr Uhr

Erziehungs- bzw. Obsorgeberechtigte*r

Wenn nicht beide Elternteile obsorgeberechtigt sind, unbedingt Bescheid beilegen

Vorname:		Familienname:			
Beziehung zum Kind:		Geburtsdatum:			
Adresse: <input type="checkbox"/> wie oben	<input type="checkbox"/> PLZ:		<input type="checkbox"/> o andere		<input type="checkbox"/> Ort:
Straße:					
Staatsbürgerschaft:			Erstsprache:		
Religionsbekenntnis:					
Berufstätigkeit:	<input type="checkbox"/> ja, Vollzeit	<input type="checkbox"/> ja, Teilzeit	<input type="checkbox"/> Arbeitssuche	<input type="checkbox"/> Karenz	<input type="checkbox"/> Student*in
Telefonnummer:					
E-Mail-Adresse:					

Vorname:		Familienname:			
Beziehung zum Kind:		Geburtsdatum:			
Adresse: <input type="checkbox"/> wie oben	<input type="checkbox"/> PLZ:		<input type="checkbox"/> o andere		<input type="checkbox"/> Ort:
Straße:					
Staatsbürgerschaft:			Erstsprache:		
Religionsbekenntnis:					
Berufstätigkeit:	<input type="checkbox"/> ja, Vollzeit	<input type="checkbox"/> ja, Teilzeit	<input type="checkbox"/> Arbeitssuche	<input type="checkbox"/> Karenz	<input type="checkbox"/> 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

Angaben zum Kind		
Schwangerschaftsverlauf: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Komplikationen		
Geburtsverlauf: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> Komplikationen		
Frühgeburt: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, in der ____ Woche		
Bewegungsentwicklung: <input type="radio"/> Krabbeln: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Sprachentwicklung:		
Befunde:		
Spezielle Förderung bisher:		
Essgewohnheiten:		
Braucht Ihr Kind Unterstützung beim Essen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Ist Ihr Kind bereits sauber? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Braucht Ihr Kind Unterstützung beim Gang auf die Toilette? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Schlafgewohnheiten: <input type="radio"/> Mittagsschlaf JA <input type="radio"/> Mittagsschlaf NEIN <input type="radio"/> schläft alleine <input type="radio"/> hat einen Schnuller <input type="radio"/> andere (welche?)		
Braucht Ihr Kind Unterstützung beim Um- und Anziehen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Welche Vorlieben und Interessen hat Ihr Kind (spielen mit anderen Kindern, Lieblingsspielzeug etc.)?		
Hat Ihr Kind Ängste? Wenn ja, welche?		
Wie verhält sich Ihr Kind bei Angst, Trauer, Schmerz, Wut und wie können wir Ihr Kind in dieser Situation trösten, beruhigen?		
Anfallskrämpfe:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Fieberkrämpfe:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diät:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hörhilfen:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sehhilfen:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Orthopädische Hilfen:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Pseudokrapp:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Neurodermitis:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zuckerkrankheit:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Asthma:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Medikamente:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
FSME geimpft:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tetanus geimpft:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Masern geimpft:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Allergien:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche:		
Lebensmittelunverträglichkeiten:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, welche:		

Kaliumjodidtabletten

Ich bin mit der Verabreichung von Kaliumjodidtabletten im Ernstfall einer großräumigen radioaktiven Verunreinigung einverstanden.

ja nein

Kooperation Kindergarten & Schule

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen über das Kind an die zuständige Volksschule (Lehrer*in) weitergeleitet werden dürfen.

ja 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.

ja 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 selbst zu entfernen oder von einer dritten Person/Bezugsperson des Kindes entfernen zu lassen.

Bitte führen Sie zusätzlich den Namen sowie die Telefonnummer 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“.