**Anmeldung Kindergarten/Tagesbetreuung Göming**

**Datenblatt**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kind** | |
| **Vorname/Nachname des Kindes** |  |
| **Geburtsdatum** | **m**  **w** |
| **Adresse** |  |
| **Sozialversicherungsnummer** |  |
| **Staatsbürgerschaft** |  |
| **Muttersprache / ev. Zweitsprache** |  |
| **Religionsbekenntnis** |  |
| **Geschwister (Anzahl/Alter)** |  |
| **Kinderkrankheiten** |  |
| **Allergien/Unverträglichkeiten** | ja  nein  Wenn ja, welche? |
| **Sehschwäche / Brille** | ja  nein |
| **Gehörschwäche** | ja  nein |
| **Sonstige Beeinträchtigungen**  **Auffälligkeiten in der Entwicklung** | ja  nein  Wenn ja, welche? |
| **Impfungen - Tetanus** | ja  nein  Wenn ja, wann? |
| **Sonstige Impfungen** | ja  nein  Evtl Beilage Impfausweis |
| **Therapien** | ja  nein  Wenn ja, welche? |
| **Ist ein Kindergartenbus gewünscht**  (wenn Transport zustande kommt) | ja (ab dem 3. Geburtstag)  nein |
| **Sonstiges** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gewünschte/Benötigte Betreuungszeiten**  Informationen zu den Öffnungszeiten finden sie  auf der Gemeinde Homepage | Gewünschtes (vorläufiges) Eintrittsdatum .……………………………..  MO von …………….. bis …………..… Mittagessen: ja  nein  DI von …………….. bis …………..… Mittagessen: ja  nein  MI von …………….. bis …………..… Mittagessen: ja  nein  DO von …………….. bis …………..… Mittagessen: ja  nein  FR von …………….. bis …………..… |

|  |  |
| --- | --- |
| **Eltern** | |
| **Mutter** | |
| **Vor- und Nachname, Titel** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Krankenkasse** |  |
| **Adresse** (falls abweichend) |  |
| **Telefonnummer** |  |
| **E-Mail Adresse** |  |
| **Staatsbürgerschaft** |  |
| **Muttersprache** |  |
| **Religionsbekenntnis** |  |
| **Familienstand** | ledig  verheiratet  geschiedenverwitwet  getrenntlebend |
| **Alleinerzieher** | ja  nein |
| **Beschäftigungsausmaß** | Vollzeit  Teilzeit: \_\_\_\_ Stunden  in Ausbildung  Karenz  nicht berufstätig/in Ausbildung |
| **Beruf** |  |
| **Arbeitsort / Dienstgeber** |  |
| **Erreichbarkeit in der Firma** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vater** | |
| **Vor- und Nachname, Titel** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Krankenkasse** |  |
| **Adresse** (falls abweichend) |  |
| **Telefonnummer** |  |
| **E-Mail Adresse** |  |
| **Staatsbürgerschaft** |  |
| **Muttersprache** |  |
| **Religionsbekenntnis** |  |
| **Familienstand** | ledig  verheiratet  geschiedenverwitwet  getrennt lebend |
| **Alleinerzieher** | ja  nein |
| **Beschäftigungsausmaß** | Vollzeit  Teilzeit: \_\_\_ Stunden  in Ausbildung  nicht berufstätig/in Ausbildung |
| **Beruf** |  |
| **Arbeitsort / Dienstgeber** |  |
| **Erreichbarkeit in der Firma** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Eltern** | | |
| **Beide Eltern erziehungsberechtigt** | ja  nein |
| **erziehungsberechtigt** | Vater  Mutter |
| **Beide Eltern abholberechtigt?** | Vater  Mutter |
| **zahlungspflichtig** | Vater  Mutter |
| **Weitere Telefonnummern**  **für den Notfall** |  |
| **Weitere Abholberechtigte Personen** |  |

**Einverständniserklärungen / Datenschutz**

Name meines Kindes: (in Blockbuchstaben) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⌧ Zutreffendes bitte ankreuzen.

Ich bin mit dem **Austausch von Informationen über den Entwicklungsstand** meines/unseres Kindes in mündlicher und schriftlicher Form zwischen der

o bisher besuchten

o gegebenenfalls auch zukünftigen Kinderbetreuungseinrichtung

und der Kinderbetreuungseinrichtung Göming einverstanden.

Ich bin mit dem Austausch von Informationen über den Entwicklungsstand meines/unseres Kindes in mündlicher und schriftlicher Form anlässlich des Übertrittes in die **Volksschule** zwischen der Kinderbetreuungseinrichtung Göming und der zuständigen Volksschule einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine/unsere **Mailadressen** an andere Eltern des Hauses weitergegeben werden, da die Einrichtung Informationen per Mail versendet. (und bspw. Auch zur Elternvernetzung,…)

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind an **Veranstaltungen** der Betreuungseinrichtung (z. B. Spaziergänge, Wald-Tage, Ausflüge oder andere Projekte) teilnimmt, und bin mir über dessen Gefahren bewusst.

Ich bin im Fall eines **Zeckenbisses** bei meinem Kind mit folgenden Vorgehensweisen einverstanden:

* Eltern werden telefonisch verständigt
* Die Pädagogin kann mit dem Einverständnis der Eltern die Zecke entfernen
* Die Bissstelle wird desinfiziert und markiert

Im Fall eines eingezogenen **Schiefers** darf die Pädagogin die Stelle desinfizieren und den Schiefer entfernen

Ansonsten gelten die üblichen Bestimmungen des Datenschutzes.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen erteilt habe.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigten

**Einverständniserklärung Fotos**

Name meines Kindes: (in Blockbuchstaben) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Bitte Zutreffendes ankreuzen)*

Ich bestätige, dass Fotos von meinem Kind für den internen Gebrauch des Kindergarten Göming verwendet werden dürfen. Zum Beispiel:

* Garderobenplatz
* Geburtstagskalender
* Spiele
* Elternaushänge
* Portfolio-Mappen des eigenen Kindes und anderen Kindern
* und Ähnliches

Ich bestätige, dass Fotos von meinem Kind für den externen Gebrauch verwendet werden dürfen. Zum Beispiel:

* Homepage von Veranstaltungen mit Organisationen, wie „gesunder Kindergarten“
* Homepage der Gemeinde Göming
* Gemeindezeitung
* und Ähnliches

*Dieses Einverständnis gilt für die gesamte Kindergartenzeit. Sie kann jederzeit schriftlich mittels eines neuen Formulars widerrufen werden.*

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_