

Vor- und Familienname des Kindes: _____



bludenz
Die Alpenstadt



**VORLÄUFIGE ANMELDUNG 2021/2022
HALBTAGSKINDERGARTEN**

Bitte Wunsch-Kindergarten ankreuzen:

Kindergarten Igel

Kindergarten Susi Weigel (nur für 3-Jährige)

NICHT ausfüllen (wird von der Verwaltung bearbeitet)

Daten vollständig

Auftrag in HR360 eröffnet

ELTERN bzw. ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

VATER

Zutreffendes ankreuzen:

- Erziehungsberechtigt Alleinerziehend Alleinverdienend

Familienname: _____ **Vorname:** _____

Geboren am: _____ **Vers.-Nr.:** _____

Tel.-Nummer: _____ **E-Mail:** _____

Fam.-Stand _____ **Staatsbürgerschaft** _____ **Religion** _____

Anderer Wohnsitz
als Kind: _____

Arbeitgeber: _____ **Beruf:** _____

Beschäftigungsausmaß (zutreffendes ankreuzen)

- nicht beschäftigt In Ausbildung: _____ Stunden/Woche Karenz bis ___/___/___
 Vollzeit: _____ Stunden/Woche Teilzeit: _____ Stunden/pro Woche

MUTTER

Zutreffendes ankreuzen:

- Erziehungsberechtigt Alleinerziehend Alleinverdienend

Familienname: _____ **Vorname:** _____

Geboren am: _____ **Vers.-Nr.:** _____

Tel.-Nummer: _____ **E-Mail:** _____

Fam.-Stand _____ **Staatsbürgerschaft** _____ **Religion** _____

Anderer Wohnsitz
als Kind: _____

Arbeitgeber: _____ **Beruf:** _____

Beschäftigungsausmaß (zutreffendes ankreuzen)

- nicht beschäftigt In Ausbildung: _____ Stunden/Woche Karenz bis ___/___/___
 Vollzeit: _____ Stunden/Woche Teilzeit: _____ Stunden/pro Woche

KIND

Zutreffendes ankreuzen

männlich weiblich

Familienname: _____ **Vorname:** _____

Geboren am: _____ **Vers.-Nr.:** _____

Straße/HNr. _____

PLZ _____ **Ort** _____

Religion _____ **Staatsbürgerschaft** _____

Sind Geschwister in einer anderen Kinderbetreuung? ja nein

Wenn ja, wo? (bitte Name der Einrichtung) _____

Muttersprache _____

Weitere Sprachen _____

Deutschkenntnisse sehr gut gut mittel kaum keine
(zutreffendes ankreuzen)

Allergien _____

Lebensmittelunverträglichkeiten _____

(chronische) Krankheiten _____

**Regelmäßige
Medikamenteneinnahme** _____

Ich möchte nicht, dass Fotos oder Videos, die mein Kind/meine Kinder bzw. mich zeigen, und die im Rahmen von Veranstaltungen der Kinderbetreuungseinrichtung gemacht werden, veröffentlicht werden.

Abgabe von Kaliumjodidtabletten bei radioaktiver Verstrahlung ja nein

Frühgeburt ja, _____ Woche nein

Notfallkontakt Vater Mutter
 Sonstige Person
Vor-und Zuname: _____

Telefonnummer: _____

Modul	1 Tag	2 Tage	3 Tage	4 Tage	5 Tage/Woche
Grundmodul 07.30 – 12.30 Uhr					€ 37,54 (3-4-Jährige)
Morgenmodul 7.00 – 7.30 Uhr	1,43 €	2,86 €	4,29 €	5,72 €	7,15 €
Erweiterung Mittag 12:30 – 13:00 Uhr	1,43 €	2,86 €	4,29 €	5,72 €	7,15 €

Die Beiträge verstehen sich als Monatsbeiträge – vorbehaltlich STR-Beschluss! Änderungen möglich!

Alter (per Stichtag 01.09.2021): 3 Jahre 4 Jahre 5 Jahre

Grundmodul

Morgenmodul

Mo	Di	Mi	Do	Fr
----	----	----	----	----

 ___ Tage/Woche

Erweit. Mittag

Mo	Di	Mi	Do	Fr
----	----	----	----	----

 ___ Tage/Woche

Zahlungsart:

Zahlschein Bankeinzug

Bitte nur bei Bankeinzug ausfüllen!

Name Kontoinhaber _____

Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Angaben vollständig und der Wahrheit entsprechend gemacht zu haben. Weiters nehme ich zur Kenntnis, dass jegliche Änderungen umgehend der KG-Leitung oder dem Amt der Stadt Bludenz bekannt zu geben sind. Ebenso bin ich damit einverstanden, dass Daten (Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) im Zuge der Schuleinschreibungen an die jeweilige Schulleitung weitergeleitet werden dürfen.

Datum

Unterschrift