

ANMELDEFORMULAR

Kinderkrippe St. Leonhard

ab Kinderbetreuungsjahr
2024/2025

Von der Leitung auszufüllen:

Datum der Einschreibung: _____

Eintrittsdatum: _____

Datum Abmeldung: _____

KIND

Nachname: _____ Vorname(n): _____ weibl. männl.

geboren am: _____ SVNr.: _____ Geburtsort-/land: _____

Staatsbürgerschaft: _____ Religionsbekenntnis: _____

Muttersprache: _____ Zweitsprache: _____

Wohnadresse: _____

MUTTER

Nachname: _____ Vorname(n): _____ akad. Grad: _____

geboren am: _____ SVNr.: _____ Familienstand: _____

Staatsbürgerschaft: _____ Religionsbekenntnis: _____

Muttersprache: _____ weitere Sprachen: _____

Wohnadresse (falls nicht wie bei Kind): _____

Beruf: _____ Arbeitgeber u. Tel.-Nr.: _____

Vollzeit Teilzeit in Ausbildung Karenz nicht berufstätig

Erziehungsberechtigte: ja nein Alleinerziehende: ja nein

VATER

Nachname: _____ Vorname(n): _____ akad. Grad: _____

geboren am: _____ SVNr.: _____ Familienstand: _____

Staatsbürgerschaft: _____ Religionsbekenntnis: _____

Muttersprache: _____ weitere Sprachen: _____

Wohnadresse (falls nicht wie bei Kind): _____

Beruf: _____ Arbeitgeber u. Tel.-Nr.: _____

Vollzeit Teilzeit in Ausbildung Karenz nicht berufstätig

Erziehungsberechtigter: ja nein Alleinerziehender: ja nein

GESCHWISTER

Name: _____ Geburtsdatum: _____ weibl. männl.

Name: _____ Geburtsdatum: _____ weibl. männl.

Name: _____ Geburtsdatum: _____ weibl. männl.

KONTAKT (Wer kann in dringenden Fällen telefonisch erreicht werden?)

Vorname und Telefon-Nr. MUTTER: _____

Vorname und Telefon-Nr. VATER: _____

E-Mail-Adresse: _____

Sonstige Personen:

• Name und Telefon-Nr.: _____

Beziehungsverhältnis zum Kind: _____

• Name und Telefon-Nr.: _____

Beziehungsverhältnis zum Kind: _____

• Name und Telefon-Nr.: _____

Beziehungsverhältnis zum Kind: _____

GESUNDHEITSDATEN

Die nachstehenden Informationen werden vertraulich behandelt und dienen nur den Betreuungspersonen zur Vorsorge und zum Schutz des Kindes. Während des Betreuungsjahres auftretende Änderungen des Gesundheitszustandes und Krankheiten müssen sofort an die Betreuungsperson gemeldet werden!

Hausarzt/-ärztin:

_____ in _____ Tel.: _____

Muss Ihr Kind Medikamente einnehmen? nein wenn ja, welche: _____

Krankheiten:

Allergien Anfallsleiden Asthma Diabetes Herz-Kreislaufkrankungen

Lebensmittelunverträglichkeit: nein wenn ja, welche: _____

Sonstiges (Operationen, Unfälle, ...): _____

Sonstiges:

Entwicklungsverzögerung, Sprachprobleme, Auffälligkeiten:

nein wenn ja, welche: _____

Behinderung lt. Behindertengesetz:

nein wenn ja, welche Behinderung: _____

Therapien:

War oder ist Ihr Kind in einer Therapie? (z.B. Logopädie, Ergotherapie):

nein wenn ja, welche: _____

Brillenträger: ja nein

Impfungen:

Mein Kind ist geimpft: ja nein

Im Falle eines Reaktorunglückes ist die Abgabe von Kaliumjodid Tabletten vorgesehen. Möchten Sie, dass ihr Kind die vorgeschriebene Dosis zu sich nimmt? ja nein

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden.

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

PERSÖNLICHE ANGABEN ZUM KIND

Hat Ihr Kind einen Lieblingsgegenstand (Kuscheltier oder sonstiges Spielzeug, Lulli, Schmusetuch, ...) der als Übergangsobjekt dem Kind Sicherheit gibt?

Spiel- und Interessensgebiete:

Wie lässt sich Ihr Kind beruhigen?

Ängste und Abneigungen Ihres Kindes?

Wird Ihrem Kind das Essen (Jause) eingegeben, oder isst es bereits selbstständig?

Schlafgewohnheiten:

Sauberkeitserziehung:

Wird Ihr Kind gelegentlich von anderen Personen (Großeltern, ...) beaufsichtigt?

Haustiere:

Besondere Vorkommnisse, die Ihr Kind momentan betreffen (Geburt, Verluste, Familie)?

Welche Werte sind Ihnen in der Kinderziehung wichtig?

Welche Ziele, Wünsche und Erwartungen haben Sie an uns in der Kinderkrippe?

Um auf das Kind situationsgerecht und sensibel eingehen zu können, bitten wir Sie aktuelle Erlebnisse, die Ihr Kind beschäftigen, auch während des Jahres mitzuteilen (z.B. Ausflüge und Urlaube, Umzug, Trennungen, Todesfälle).

ÖFFNUNGSZEITEN

Montag bis Freitag: von 07:00 Uhr bis 13:00 Uhr

Bringzeiten: von 07:00 Uhr bis 08:30 Uhr

Abholzeiten: von 11:30 Uhr bis 13:00 Uhr

Anmeldung für _____ Tage (mind. 2 Tage)

Gewünschte Tage:

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Die Eingewöhnung in die Kinderkrippe erfolgt gestaffelt. Nähere Infos bei der Einschreibung!

BILDRECHT

Ich bin damit einverstanden, dass Bilder, die über das Jahr hinweg von meinem Kind aufgenommen werden, ohne Verwendung des Namens für Zeitungen, Homepages, zur Dokumentation und für zweckmäßige Ausschreibungen verwendet werden dürfen. Die Fotos dürfen auch an interessierte Eltern weitergegeben werden.

ja nein

ENTWICKLUNGSEINSCHÄTZUNG

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind im Rahmen des gewohnten Tagesablaufs in der Gruppe durch die gruppenführende Pädagogin, die Assistentinnen, die Fachberaterin für Inklusion des Landes Tirol und durch Praktikantinnen beobachtet wird.

Ich werde über Beobachtungen und Eindrücke in einem Entwicklungsgespräch informiert.

Ebenso bin ich damit einverstanden, dass Informationen über den Entwicklungsstand meines Kindes an den Kindergarten, der Logopädin, den Ärzten und dem Bürgermeister weitergegeben werden?

ja nein

Durch meine Unterschrift nehme ich die mir ausgehändigte Kinderkrippenordnung der Kinderkrippe St. Leonhard zur Kenntnis und erkläre mich damit einverstanden (diese erhalten Sie bei der Einschreibung).

Ich nehme zur Kenntnis, dass mein Kind NUR von den angeführten Personen in die Kinderkrippe gebracht und abgeholt werden darf (siehe Pkt. „Kontakt“).

Bitte geben Sie diesbezügliche Änderungen bekannt!

Änderungen der Anschrift, der Telefonnummern oder des Arbeitgebers sind der Kinderkrippenleitung sofort bekannt zu geben!

Wir freuen uns auf eine schöne gemeinsame Kinderkrippenzeit!

Ort und Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

