**Anmeldeblatt**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATEN DES KINDES:** | |
| **Vorname:** | **Familienname:** |
| Geburtsdatum: | Sozialversicherungsnummer: |
| Muttersprache: O deutsch O andere : | |
| Geschlecht: O weiblich O männlich | |
| Adresse, Wohnort : | |
| Staatsbürgerschaft: | Religion: |
| Anzahl der Geschwister: | |
| Kinderarzt: | |

* **Halbtag 07.00 – 13.00 Uhr (max. 6 Std.)**
* **Ganztag 07.00 – 16.00 Uhr**

o **max. 8 Std.** o **max. 9 Std.**

Ich nehme für mein Kind

folgende

Betriebsform in Anspruch:

|  |  |
| --- | --- |
| Mittagessen: O Ja O Nein | |
| Behindert laut Behindertengesetz: O Ja O Nein | |
| Betreuungsbeginn (Datum): | |
| Bringzeit (Uhrzeit): | Abholzeit (Uhrzeit): |

**Wer ist im Notfall zu verständigen**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Die Abholung des Kindes erfolgt durch:**

O Mutter O Vater

O Verwandte/Bekannte (Name und Telefonnummer)

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATEN DER ELTERN:** | | |
|  | **Mutter** | **Vater** |
| **Familienname:** |  |  |
| **Vorname:** |  |  |
| Geburtsdatum: |  |  |
| Geburtsort: |  |  |
| Religion: |  |  |
| Staatsbürgerschaft: |  |  |
| Beruf: |  |  |
| Firma: |  |  |
| Beschäftigungsausmaß: | O Vollzeit  O Teilzeit  O Arbeitssuchend  O Karenz | O Vollzeit  O Teilzeit  O Arbeitssuchend  O Karenz |
| Tel. Privat: |  |  |
| Tel. Arbeitsplatz: |  |  |
| E-Mail Adresse: |  |  |
| Alleinerzieher: | O Ja O Nein | O Ja O Nein |
| Erziehungsberechtigt: | O Ja O Nein | O Ja O Nein |

Der Erziehungsberechtigte ist verpflichtet dafür Sorge zu tragen, dass sein Kind frei von ansteckenden Krankheiten die Kinderkrippe besucht. Gegebenenfalls kann eine schriftliche Bestätigung vom Arzt verlangt werden.

Eine Kündigung des Betreuungsvertrages muss am spätestens 15. des Vormonates erfolgen. Das angefangene Monat ist zur Gänze zu bezahlen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die obigen Angaben der Wahrheit entsprechen, vollständig sind und erkläre mich hiermit mit der Bildungsarbeit und der Betreuungsvereinbarung einverstanden.

Ort, Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Zusatzinformationen zur Anmeldung in der Kinderkrippe

(Diese werden streng vertraulich behandelt!)

**Vorlieben und sonstige, wichtige Angaben zum Kind:**

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

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

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

**Allergien** (die im Ernstfall bekannt sein sollten)**:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Diäten:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Geburtsverlauf:**

* normal
* Komplikationen (Frühgeburt, Sauerstoffmangel, Kaiserschnitt...)

Wenn ja, welche:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Durchgemachte Kinderkrankheiten**:

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

**Besonderheiten** (z.B. Brille…): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Welche Medikamente bekommt ihr Kind**:

\*regelmäßig: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*im Notfall:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gibt es etwas Besonderes im Leben Ihres Kindes, das für uns zu wissen wichtig wäre (traumatische Ereignisse, Ängste, Tod von Familienangehörigen….):

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

**Haben Sie bei ihrem Kind Auffälligkeiten in der Entwicklung beobachtet:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nein | Bin mir nicht sicher |
| In der Sprache (Satzbildung, Aussprache)? |  |  |  |
| In der Bewegung (krabbeln, laufen, klettern...)? |  |  |  |
| Im Verhalten (Spielverhalten, Kontakt zu anderen Personen)? |  |  |  |
| In der Konzentration? |  |  |  |
| Wurde ein Sehtest gemacht? |  |  | Ergebnis: |
| Wurde ein Hörtest gemacht? |  |  | Ergebnis: |
| Hat Ihr Kind bereits Frühförderung oder andere Therapien (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie) in Anspruch genommen?  Wenn ja Welche? |  |  |  |

**Einverständniserklärungen**

Name des Erziehungsberechtigten:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des Kindes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Kind): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung zur Verwendung von Fotos**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Fotos, die in der Kinderbildungs- und Betreuungseinrichtung von meinem Kind gemacht werden, im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit im WEB der Marktgemeinde Wildon, in den Wildoner Nachrichten, in der Einrichtung sowie für Dokumentationszwecke verwendet werden. Die Einverständniserklärung gilt für die Dauer, in der mein Kind die Einrichtung besucht.

🞏 **JA**, ich stimme zu 🞏 **NEIN**, ich stimme nicht zu

**Einverständniserklärung zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten**

**an Kindergärten und Kinderkrippen**

Zutreffendes bitte ankreuzen:

🞏 **JA**, ich erteile entsprechend dem Merkblatt für Eltern und Erziehungsberechtigte die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall – nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörde – Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen zur Einnahme von Kaliumjodidtabletten bekannt sind.

🞏 **NEIN**, ich erteile die Einwilligung nicht.

**Schutzimpfungen**

**Sind alle Schutzimpfungen vorhanden:** O Ja O Nein

**Masern Impfung**: O Ja O Nein

**Zeckenschutzimpfung:** O Ja O Nein

Eine Kopie des Impfpasses ist der Kinderkrippe mitzubringen.

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

Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten