

Stadtgemeinde Leoben

Referat Bildung



Betr.: Ansuchen um Aufnahme in eine Städt. Kinderbetreuungseinrichtung
Kinderkrippe 2022/23

Krippe halbtags 13 Uhr

€ 212,44 Monatsbeitrag (Sept.-Jun. 10x)
 vorbehaltlich gesetzl. Änderungen und Indexanpassungen

Reihung nach gewünschtem Standort 1-3 :

Leoben-Stadt	<input type="text"/>
Göss	<input type="text"/>
Lerchenfeld	<input type="text"/>

Anmeldedatum:
Kaliumjodidprophylaxe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Besuch gewünscht ab:
Früheste Inanspruchnahme:
(davor werden freie Plätze anderweitig vergeben)

1. Angaben über das Kind:

Zuname:		Geschwisterkind im Kindergarten/Krippe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Vorname:		Allergien: <input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> ja, folgende:
Geb.Datum:		Behinderung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sozialversicherungsnummer:		Anschrift:	
Muttersprache/Land:		PLZ:	
		Religionsbekenntnis:	

2. Voraussichtliche Anwesenheit:

Uhrzeit von/bis:	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------

3. Angaben über die Verteterin/den Vertreter des Kindes:

	Mutter <input type="checkbox"/> Alleinerziehende Mutter	Vater <input type="checkbox"/> Alleinerziehender Vater
Name:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geb.Datum:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
 e-mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Karenz bis:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beschäftigt bei:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dienstzeit:	<input type="checkbox"/> vormittag <input type="checkbox"/> nachmittag <input type="checkbox"/> Wechseldienst	<input type="checkbox"/> vormittag <input type="checkbox"/> nachmittag <input type="checkbox"/> Wechseldienst
Uhrzeit (von/bis):	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Im Notfall zu verständigen:

Name:	
-------	---

5. Bemerkungen zum Kind:

Z.B. Krankheiten, Allergien, Unverträglichkeiten, Behinderungen, Frühgeburt, ...
Hausarzt: Tel.Nr.:

JA, ich erteile entsprechend dem beiliegenden Merkblatt für Eltern und Erziehungsberechtigte die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall - nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden - 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.

Der Antragsteller erklärt mit seiner Unterschrift, den Antrag wahrheitsgemäß erteilt zu haben.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten informiert worden zu sein. Weiterführende Informationen bezüglich Datenschutz finden Sie unter: <https://www.leoben.at/datenschutzerklaerung/>

Antrag LKBB erhalten:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Merkblatt KR_AE 2022-23 erhalten:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift