

# Stadtgemeinde Leoben

## Referat Bildung



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

bitte nicht ausfüllen wird von Referat Bildung ausgefüllt

Anmeldedatum:

### Reihung nach gewünschtem Standort 1-5 :

Leoben-Stadt		Betreuung bis <input type="checkbox"/> 13:00	
Donawitz		Betreuung bis <input type="checkbox"/> 13:00 <input type="checkbox"/> 15:00 <input type="checkbox"/> 17:00	Englischschwerpunkt KG Donawitz <input type="checkbox"/>
Judendorf		Betreuung bis <input type="checkbox"/> 13:00 <input type="checkbox"/> 15:00	
Göss		Betreuung bis <input type="checkbox"/> 13:00 <input type="checkbox"/> 15:00 <input type="checkbox"/> 16:00	
Lerchenfeld		Betreuung bis <input type="checkbox"/> 13:00 <input type="checkbox"/> 15:00 <input type="checkbox"/> 17:00	

### 1. Angaben über das Kind:

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

### 2. Voraussichtliche Anwesenheit:

Uhrzeit von/bis:	
------------------	--

### 3. Angaben über die Vertreterin/den Vertreter:

	Mutter <input type="checkbox"/> Alleinerziehende Mutter	Vater <input type="checkbox"/> Alleinerziehender Vater
Name:		
Geb.Datum:		
Anschrift:		
e-mail		
Beschäftigt bei:		
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):		

### 4. Im Notfall zu verständigen:

Name:	
-------	--

5. Bemerkungen zum Kind:

Z.B. Krankheiten, Allergien, Unverträglichkeiten, Behinderungen, Frühgeburt, ...

**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.

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/>

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Antrag auf sozial gestaffelten Elternbeitrag erhalten:  ja  nein

Merkblatt erhalten:  ja  nein