

Antrag auf Aufnahme in den KINDERGARTEN

NR. 1

Wir bitten Sie um Verständnis, dass über die tatsächliche Aufnahme erst zu einem späteren Zeitpunkt entschieden werden kann.

KINDERGARTEN NR. 2	KINDERGARTEN NR. 3
--------------------	--------------------

Für die Angabe weiterer Einrichtungen wenden Sie sich bitte an die Kinderdrehlscheibe, Tel: 0316/37 40 44,
E-Mail: kinderdrehlscheibe@stmk.volkshilfe.at

1. ANGABEN ZUM KIND						
FAMILIENNAME		VORNAME		M	W	GEBURTSDATUM
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PLZ	STRASSE			HAUS-NR.		
KIND IST IM VERPFLICHTENDEN KINDERGARTENJAHR (Das Kind hat bis zum Stichtag 31.8. das fünfte Lebensjahr vollendet)						
<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN			
ERSTSPRACHE						
<input type="checkbox"/>	DEUTSCH	<input type="checkbox"/>	FRANZÖSISCH	<input type="checkbox"/>	ARABISCH	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ENGLISCH	<input type="checkbox"/>	BOSNISCH	<input type="checkbox"/>	KROATISCH	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ALBANISCH	<input type="checkbox"/>	TÜRKISCH	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	SERBISCH	<input type="checkbox"/>	UNGARISCH	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ANDERE			
STAATSBÜRGERSCHAFT	HERKUNFTSLAND		RELIGION		GESCHWISTER IM HAUSHALT	
IZB BESCHEID BEANTRAGT			<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN
WIE SCHÄTZEN SIE DIE SPRACHKENNTNISSE IHRES KINDES EIN?			<input type="checkbox"/>	SEHR GUT	<input type="checkbox"/>	GUT
			<input type="checkbox"/>	WENIGER GUT	<input type="checkbox"/>	BRAUCHT DRINGEND FÖRDERUNG
FALLS DEUTSCH NICHT DIE ERSTSPRACHE IHRES KINDES IST: WIE SCHÄTZEN SIE DIE DEUTSCHKENNTNISSE IHRES KINDES EIN?			<input type="checkbox"/>	SEHR GUT	<input type="checkbox"/>	GUT
			<input type="checkbox"/>	WENIGER GUT	<input type="checkbox"/>	BRAUCHT DRINGEND FÖRDERUNG

2. ANGABEN ZUR MUTTER / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN			
FAMILIENNAME		VORNAME	
GEBURTSDATUM			
PLZ	STRASSE		HAUS-NR.
HERKUNFTSLAND			
TELEFONNUMMER/ HANDYNUMMER		E-MAIL ADRESSE	
ADRESSE UND TELEFONNUMMER DES DIENSTGEBERS / DER AUSBILDUNGSSTÄTTE		BESCHÄFTIGUNGS-AUSMASS	
		<input type="checkbox"/>	
		VOLLBESCHÄFTIGUNG	
		<input type="checkbox"/>	
		TEILZEITBESCHÄFTIGUNG	
AKTUELLER FAMILIENSTAND		<input type="checkbox"/>	
		KARENZ BIS	
<input type="checkbox"/>	LEDIG	<input type="checkbox"/>	EINGETRAGENE PARTNERSCHAFT
<input type="checkbox"/>	VERHEIRATET	<input type="checkbox"/>	GESCHIEDEN
<input type="checkbox"/>	VERWITWET	<input type="checkbox"/>	IN LEBENSGEMEINSCHAFT
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	KEINE ANGABE
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	GETRENNT LEBEND
		<input type="checkbox"/>	
		NICHT IN AUFRECHTEM DIENST- VERHÄLTNIS bzw. KINDERGELD- BEZIEHERIN	

3. ANGABEN ZUM VATER / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

FAMILIENNAME		VORNAME		GEBURTSDATUM	
PLZ	STRASSE			HAUS-NR.	HERKUNFTSLAND
TELEFONNUMMER/ HANDYNUMMER			E-MAIL ADRESSE		
ADRESSE UND TELEFONNUMMER DES DIENSTGEBERS / DER AUSBILDUNGSSTÄTTE				BESCHÄFTIGUNGS-AUSMASS	
				<input type="checkbox"/> VOLLBESCHÄFTIGUNG	
				<input type="checkbox"/> TEILZEITBESCHÄFTIGUNG	
AKTUELLER FAMILIENSTAND				<input type="checkbox"/> KARENZ BIS	
<input type="checkbox"/> LEDIG	<input type="checkbox"/> EINGETRAGENE PARTNERSCHAFT	<input type="checkbox"/> GESCHIEDEN		<input type="checkbox"/> NICHT IN AUFRECHTEM DIENST- VERHÄLTNIS bzw. KINDERGELD- BEZIEHER	
<input type="checkbox"/> VERHEIRATET	<input type="checkbox"/> IN LEBENSGEMEINSCHAFT	<input type="checkbox"/> KEINE ANGABE			
<input type="checkbox"/> VERWITWET	<input type="checkbox"/> GETRENNT LEBEND				

4. ANGABEN ZUR KINDERBETREUUNGSEINRICHTUNG

ICH BRAUCHE FÜR MEIN KIND FOLGENDE BETREUUNG			BEGINN DATUM	ANWESENHEIT
<input type="checkbox"/> GANZTÄGIG MIT ESSEN <input type="checkbox"/> 8 Std. <input type="checkbox"/> 10 Std.	<input type="checkbox"/> HALBTÄGIG MIT ESSEN	<input type="checkbox"/> HALBTÄGIG OHNE ESSEN		
BEZAHLUNG ERFOLGT DURCH		<input type="checkbox"/> MUTTER	<input type="checkbox"/> VATER	<input type="checkbox"/> ANDERE
VON WEM WIRD DAS KIND DERZEIT BETREUT?		<input type="checkbox"/> TAGESMUTTER/TAGESVATER	<input type="checkbox"/> KINDERHAUS	
		<input type="checkbox"/> KINDERGARTEN	<input type="checkbox"/> ELTERN	
		<input type="checkbox"/> KINDERKRIPPE	<input type="checkbox"/> PRIVAT	
HAT DAS KIND IM KOMMENDEN BETREUUNGSJAHR (ein) GESCHWISTERKIND(er) IN DER GLEICHEN bzw. BENACHBARTEN EINRICHTUNG?		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	

5. ANGABEN ZUM/ZUR ZAHLER/IN (wenn Beitrag nicht von der Mutter/dem Vater bezahlt wird)

FAMILIENNAME		VORNAME		GEBURTSDATUM	
PLZ	STRASSE			HAUS-NR.	HERKUNFTSLAND
TELEFONNUMMER/ HANDYNUMMER			E-MAIL ADRESSE		

6. DATENSCHUTZRECHTLICHE ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass der Träger des Kindergartens alle im Zusammenhang mit der Antragstellung auf Aufnahme in den Kindergarten stehenden Daten an die Kinderdrehscheibe zur Koordination weitergibt.
Weiters stimme ich ausdrücklich zu, dass die Kinderdrehscheibe zum Zweck der Überprüfung des Vorliegens des gemeinsamen Hauptwohnsitzes des angemeldeten Kindes mit den angeführten Erziehungsberechtigten im Gemeindegebiet von Graz einen Datenabgleich der Vor- und Familiennamen sowie der Geburtsdaten mit den Daten des Zentralen Melderegisters vornimmt und während der Dauer des Kindergartenbesuches des Kindes im Falle von Unklarheiten kontrolliert.

7. DATENSCHUTZRECHTLICHE WIDERRUFSKLAUSEL

Ich bin berechtigt, die vorliegende datenschutzrechtliche Zustimmungserklärung jederzeit gegenüber dem Träger des Kindergartens durch einseitige schriftliche Erklärung zu widerrufen. In diesem Fall bin ich nach Aufforderung verpflichtet, dem Träger des Kindergartens eine tagesaktuelle Meldebestätigung vorzulegen.

8. BESTÄTIGUNG UND UNTERSCHRIFT DES / DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Ich

bestätige mit meiner Unterschrift

- die Richtigkeit der Angaben aller angeführten Personen
- dass mit diesem Antrag eine verbindliche Anmeldung für das vorne angeführte Kind erfolgt, und ich verpflichte mich im Falle einer Aufnahme zur regelmäßigen Bezahlung des vorgeschriebenen Kostenbeitrages
- die **Datenschutzrechtliche Zustimmungserklärung** angenommen zu haben
- die **Datenschutzrechtliche Widerrufsklausel** zur Kenntnis genommen zu haben

.....
ORT, DATUM

.....
UNTERSCHRIFT