

Antrag auf Vormerkung für die KINDERKRIPPE

1. ANGABEN ZU DEN EINRICHTUNGEN

NAME DER EINRICHTUNG NR. 1	NAME DER EINRICHTUNG NR. 2	NAME DER EINRICHTUNG NR. 3

2. ANGABEN ZUM KIND

FAMILIENNAME		VORNAME		GEBURTSDATUM	SOZIALVERS.NR.
GESCHLECHT	<input type="checkbox"/> MÄNNLICH <input type="checkbox"/> WEIBLICH <input type="checkbox"/> DIVERS <input type="checkbox"/> INTER <input type="checkbox"/> OFFEN <input type="checkbox"/> KEINE ANGABE				
PLZ	ORT	STRASSE		HAUS-NR.	
STAATSANGEHÖRIGKEIT	HERKUNFTSLAND	RELIGION		ANZAHL DER GESCHWISTER	
BEKOMMT IHR KIND DERZEIT BZW. BRAUCHT IHR KIND EINE FÖRDERUNG?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
WENN JA, WELCHE?		<input type="checkbox"/> FRÜHFÖRDERUNG <input type="checkbox"/> LOGOPÄDIE <input type="checkbox"/> PYSIOTHERAPIE <input type="checkbox"/> ERGOTHERAPIE <input type="checkbox"/> MOTOTHERAPIE <input type="checkbox"/> ANDERE			
IST IHR KIND MMR (MASERN, MUMPS, RÖTELN) GEIMPFT?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
WENN NEIN, WARUM?		<input type="checkbox"/> AUS MEDIZINISCHEN GRÜNDEN <input type="checkbox"/> SONSTIGE GRÜNDE			

3. ANGABEN ZUR MUTTER / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

FAMILIENNAME		VORNAME		GEB. DATUM	HERKUNFTSLAND
PLZ	ORT	STRASSE		HAUS-NR. STOCK TÜR	
TELEFONNUMMER/ HANDYNUMMER			E-MAIL ADRESSE		
NAME DES/DER ARBEITGEBERS/IN ODER DER AUSBILDUNGSSTÄTTE				BESCHÄFTIGUNGS-AUSMASS	
				<input type="checkbox"/> VOLLBESCHÄFTIGUNG <input type="checkbox"/> TEILZEITBESCHÄFTIGUNG <input type="checkbox"/> KARENZ BIS <input type="checkbox"/> NICHT IN AUFRECHTEM DIENST-VERHÄLTNIS bzw. KINDERGELD-BEZIEHERIN	
AKTUELLER FAMILIENSTAND					
<input type="checkbox"/> LEDIG <input type="checkbox"/> EINGETRAGENE PARTNERSCHAFT <input type="checkbox"/> GESCHIEDEN <input type="checkbox"/> VERHEIRATET <input type="checkbox"/> IN LEBENSGEMEINSCHAFT <input type="checkbox"/> VERWITWET <input type="checkbox"/> GETRENNT LEBEND					

8. DATENSCHUTZRECHTLICHE WIDERRUFSKLAUSEL

Ich bin berechtigt, die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung jederzeit gegenüber der Stadt Graz einseitig und schriftlich zu widerrufen.

9. VERWENDUNG VON CHIPSYSTEM FÜR ZUTRITTSKONTROLLE

Die städtischen Kinderbetreuungseinrichtungen werden schrittweise mit einem Chipssystem für die Zutrittskontrolle ausgestattet. Mit dieser Vormerkung stimme ich zu, dass meine Zu- und Austrittsdaten bei Verwendung eines Chips mit diesem System aufgezeichnet werden. Die vollständige Liste der verarbeiteten Daten ist im Datenverarbeitungsregister unter [DVR 0051853/319](#) gemeldet. Das System dient dazu, dass Erziehungsberechtigte mit einem Chipschlüssel jederzeit gesichert Zutritt zu den Einrichtungen erhalten. Sämtliche Zu- und Austrittsdaten werden nach 72 Stunden automatisch gelöscht.

10. BESTÄTIGUNG UND UNTERSCHRIFT DES / DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Ich	bestätige mit meiner Unterschrift
<ul style="list-style-type: none">• die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben• dass mit diesem Antrag eine verbindliche Vormerkung 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 Verwendung eines Chipsystems für Zutrittskontrolle zur Kenntnis genommen zu haben• die Datenschutzrechtliche Widerrufsklausel zur Kenntnis genommen zu haben	
----- ORT, DATUM	----- UNTERSCHRIFT