



AUFNAHMEBOGEN

Kindertagesstätte „Büchsenflöhe“

Start der Bildung und Betreuung: Monat: Jahr:

*Vorname des Kindes:

*Nachname des Kindes:

- Weiblich
- Männlich
- Divers

Sozialversicherungsnummer:

geb.am:

*Anschrift:.....

*Staatsbürgerschaft:

*Muttersprache:.....Religion:.....

*Telefonnummer:

*E-Mail Adresse:

Überstandene Kinderkrankheiten:

Bestehende Krankheiten:

Allergien und Unverträglichkeiten:

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Ja Nein

Name des Kinderarztes:

Frühförderung/Therapien:

Wenn ja welche?

Impfungen: Bitte ankreuzen: Diph.tet. Keuchhusten Polio FSME

Masern/Mumps/Röteln

Wurde das Kind bereits betreut: Kleinkindgruppe Kindergarten Tagesmutter

Wie lange wird das Kind die Bildungsbetreuung besuchen: **Anmeldung**

- Vormittag 7:45 Uhr - 11:45 Uhr
- Erweiterter Vormittag: 6:30 Uhr - 12:30 Uhr
- Ganztags: 6:30 Uhr – 14:45 Uhr
- Ganztags: 6:30 Uhr – 16:45 Uhr
- Essen

Name der Mutter:	geb.am:.....
Telefonnummer:.....	
Berufstätigkeit:	<input type="radio"/> Teilzeit , Std./Woche: <input type="radio"/> Vollzeit
	<input type="radio"/> Karenz bis <input type="radio"/> nicht berufstätig
Anschrift und Telefonnummer des Arbeitgebers:	
Name des Vaters:	geb.am:.....
Telefonnummer:.....	
Berufstätigkeit:	<input type="radio"/> Teilzeit , Std./Woche: <input type="radio"/> Vollzeit
	<input type="radio"/> Karenz bis <input type="radio"/> nicht berufstätig
Anschrift und Telefonnummer des Arbeitgebers:.....	

Folgende Personen dürfen das Kind abholen:	
.....	Tel:.....
.....	Tel:

Durch meine Unterschrift wird bestätigt, dass ich die Kinderbildungs- und betreuungsordnung für die Kindertagesstätte „Büchsenflöhe“ gelesen habe und vollinhaltlich zustimme.

Durch meine Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass Foto-bzw. Videoaufnahmen meines Kindes die im Kodex des Kindergartens gemacht werden können und dass diese Aufnahmen auf der Webseite Ferlach, auf Social Media Seiten, die von der Gemeinde Ferlach betreut werden, in Printpublikationen (Gemeindezeitung, etc.) dieser Einrichtung, sowie zu Werbezwecken unentgeltlich veröffentlicht werden dürfen.

Ja
 Nein
 (Zutreffendes ankreuzen)

Kalium-Jodid-Tabletten

Ich erteile die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall- nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden- Kalium Jodid Tabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen zur Einnahme von Kalium-Jodid Tabletten bekannt sind.

Ja
 Nein
 (Zutreffendes ankreuzen)

Ferlach, am.....

Unterschrift.....