|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anmeldung zur Aufnahme in einer Kleinkindgruppe im Gebiet der Stadtgemeinde Seekirchen im Jahr 2024/2025** | | | |
| **Kind** | | | |
| Vorname: | | Nachname: | |
| Geschlecht: | |  | |
| Geburtsdatum: | | Sozialversicherungsnummer: | |
| Adresse:  Staatsangehörigkeit: | | | |
| Religionsbekenntnis: | | | |
| Muttersprache (Erstsprache): | | | |
| Besondere Anforderungen bei der Betreuung des Kindes, die sich aus seinem Gesundheitszustand ergeben (z.B. Allergien, chronische Krankheiten, Diabetes, etc.): | | | |
| **Mutter** | | | |
| Vorname: | | Nachname: | |
| Geburtsdatum: | | Sozialversicherungsnummer: | |
| Adresse:  Staatsangehörigkeit: | | | |
| Religionsbekenntnis: | | | |
| Muttersprache (Erstsprache): | | | |
| Berufstätig (ab wann) | JA | | NEIN |
| Dienstgeberbestätigung vorhanden | JA | | NEIN |
| Beruf: | | | |
| Arbeitgeber: | | | |
| Familienstand: | | | |
| Verheiratet | Alleinerziehend | | In Lebensgemeinschaft |
| Telefonnummer: | | | |
| Email-Adresse: | | | |
| **Vater** | | | |
| Vorname: | | Nachname: | |
| Geburtsdatum: | | Sozialversicherungsnummer: | |
| Adresse:  Staatsangehörigkeit: | | | |
| Religionsbekenntnis: | | | |
| Muttersprache (Erstsprache): | | | |
| Berufstätig | JA | | NEIN |
| Dienstgeberbestätigung vorhanden | JA | | NEIN |
| Beruf: | | | |
| Arbeitgeber: | | | |
| Familienstand: | | | |
| Verheiratet | Alleinerziehend | | In Lebensgemeinschaft |
| Telefonnummer: | | | |
| Emailadresse: | | | |
| ***KLEINKINDGRUPPEN SEEKIRCHEN*** | | | |
| **Öffnungszeiten: Montag-Freitag 07:00-14:30** | | | |
| Es besteht die Möglichkeit, Ihr Kind für zwei, drei oder fünf Tage anzumelden. Bei der Anmeldung von zwei oder drei Tagen, müssen diese Tage am Anfang oder Ende der Woche liegen und aufeinanderfolgende Tage sein. | | | |
| **Eingewöhnung möglich ab:**  **Eingewöhnung spätestens bis:** | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Mo□ DI□ MI□ DO□ FR □ | 7:00 – 11:30 □  7:00 – 12:30 □  7:00 – 14:30 □ |
| Mein Wunsch-Standort ist:  (wir versuchen Wünsche zu berücksichtigen, können den gewünschten Standort aber nicht garantieren) | |
| * Windhager | |
| * Grubingerhaus | * Stiftsgasse |

|  |
| --- |
| ***KLEINKINDGRUPPE KOKON*** |
| **Öffnungszeiten: Montag-Freitag 07:00-14:30** |
| **Eingewöhnung möglich ab:**  **Eingewöhnung spätestens bis:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Mo□ DI□ MI□ DO□ FR □ | 7:00 – 12:30 □  7:00 – 14:30 □ |

|  |
| --- |
| ***KLEINKINDGRUPPE und ALTERSERWEITERTE GRUPPE SPATZENNEST*** |
| **Öffnungszeiten: Montag-Freitag 07:00-18:00** |
| **Eingewöhnung möglich ab:**  **Eingewöhnung spätestens bis:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Mo□ DI□ MI□ DO□ FR □ | 7:00 – 13:00 □  12:00 – 18:00 □  7:00 – 18:00 □ max. 40 Std./Wo |

Hiermit stimme ich zu, dass die personenbezogenen Daten aus dieser Anmeldung – vorwiegend im Falle knapper Betreuungskapazitäten – an andere Krabbelgruppeneinrichtungen in der Stadtgemeinde Seekirchen, ausschließlich zum Zwecke einer bestmöglichen Betreuung meines Kindes, weitergegeben werden.

□Ja □Nein

|  |
| --- |
| Datum und Unterschrift Erziehungsberechtigter: |

**Wir weisen darauf hin, dass aus dieser Anmeldung noch kein Anspruch auf einen Betreuungsplatz abgeleitet werden kann.**