



Anmeldung Kindergarten Wattens 2023/24

Kind

Familienname:	Vorname:
Sozialversicherungsnummer:	Geburtsdatum:
Männlich: <input type="checkbox"/>	Geburtsort:
Weiblich: <input type="checkbox"/>	Staatsbürgerschaft:
Religion:	
Erstsprache:	Zweitsprache:
Adresse:	

Mutter

Familienname:	Vorname:
Sozialversicherungsnummer:	Geburtsdatum:
Adresse:	
Telefon:	E-Mail:
Beruf: _____	<input type="checkbox"/> Karenz bis: _____
Arbeitsstunden/Woche: _____	<input type="checkbox"/> Berufstätig
Dienstgeber: _____	<input type="checkbox"/> Nicht berufstätig
Familienstand:	
Alleinerzieherin: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sorgerecht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Vater

Familienname:	Vorname:
Sozialversicherungsnummer:	Geburtsdatum:
Adresse:	
Telefon:	E-Mail:
Beruf: _____	<input type="checkbox"/> Karenz bis: _____
Arbeitsstunden/Woche: _____	<input type="checkbox"/> Berufstätig
Dienstgeber: _____	<input type="checkbox"/> Nicht berufstätig
Familienstand:	
Alleinerzieher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sorgerecht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	



Geschwister/Halbgeschwister

Name:	geb. am:
Name:	geb. am:
Name:	geb. am:
Name:	geb. am:

Besuchsvariante

Betreuung von 7.00 – 13.00 Uhr (OHNE MITTAGSTISCH)	<input type="checkbox"/> ja
Betreuung von 7.00 – 14.00 Uhr (INKL. MITTAGSTISCH):	<input type="checkbox"/> ja
Betreuung von 7.00 – 17.00 Uhr (INKL. MITTAGSTISCH): (nur in den Kindergärten Unterdorf 1 & Unterdorf 2 möglich)	<input type="checkbox"/> ja

Einverständniserklärung bzw. Kenntnisnahme

Ist ihr Kind zurzeit noch in einem anderen Kindergarten eingeschrieben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ein Austausch von Informationen zwischen Kindergarten und Schule tragen dazu bei, dass gemeinsame Verantwortung für die Bildungsentwicklung des Kindes und der Übergang in die Grundschule übernommen wird. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Kindergarten mit der zuständigen Grundschule entwicklungsrelevante Informationen über mein Kind austauscht.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Um eine positive interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen allen Systempartnern der Einrichtung (u.a. Förderstellen, Therapieeinrichtungen, ect.) gewährleisten und somit die kindliche Entwicklung bestmöglich fördern und begleiten zu können, ist eine transparente Kommunikation äußerst wichtig. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sich der Kindergarten bei Bedarf mit den zuständigen Therapeuten vernetzt und entwicklungsrelevante Informationen über mein Kind austauscht.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich verpflichte mich, Änderungen der persönlichen Daten wie Telefonnummer, Anschrift, Dienstzeiten usw. im Kindergarten bekannt zu geben.	<input type="checkbox"/> ja
Ich nehme zur Kenntnis, dass im Kindergarten Oberdorf derzeit kein Mittagstisch, beziehungsweise keine Nachmittagsbetreuung angeboten wird.	<input type="checkbox"/> ja
Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Änderung des Tarifs nur semesterweise möglich ist.	<input type="checkbox"/> ja



Ich habe die Datenschutzerklärung erhalten.	<input type="checkbox"/> ja
Ich habe die Kindergartenordnung erhalten und stimme den Inhalten zu.	<input type="checkbox"/> ja

Tag des Eintritts:	
--------------------	--

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r



Lebenssituation des Kindes

Wurde Ihr Kind bereits in einer Einrichtung von anderen Personen betreut?	
Tagesmutter (Name) _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kinderkrippe (Name) _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Spielgruppe (Name) _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind war noch nie von zu Hause weg	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wer lebt mit dem Kind im gemeinsamen Haushalt? _____	
Welche zusätzlichen engen Bezugspersonen hat Ihr Kind? _____	
Medienkonsum Ihres Kindes (Stunden/Tag): Fernsehen: _____ Tablett: _____ Handy: _____	
Wie ist das Schlafverhalten Ihres Kindes? (Schlafdauer, durchschlafen, ca. von bis)	
Mein Kind schläft in der Nacht durch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Kind wacht in der Nacht öfters auf	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durchschnittliche Schlafdauer	von _____ bis: _____
Gibt es besondere Ereignisse im Leben Ihres Kindes von denen der Kindergarten in Kenntnis gesetzt werden sollte? (Geburt von Geschwistern, Haustier, Umzug, Unfall, Scheidung, Todesfall...) _____	
Was spielt Ihr Kind gerne? _____	



Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind täglich im Freien? _____

Bisherige Entwicklung & medizinische Informationen

Welche Sprache wird in der Familie vorrangig gesprochen?

Mutter: _____ Vater: _____

Kind: _____ Geschwister: _____

Wie schätzen Sie die Sprachentwicklung Ihres Kindes ein?

Muttersprache:

Mein Kind spricht gut verständlich - hat einen großen Wortschatz ja nein

Mein Kind spricht wenig - kann sich nicht gut ausdrücken ja nein

Mein Kind hat eine verwaschene Sprache ja nein

Zweitsprache:

Mein Kind spricht gut verständlich – hat einen großen Wortschatz ja nein

Mein Kind spricht wenig – kann sich nicht gut ausdrücken ja nein

Mein Kind hat eine verwaschene Aussprache ja nein

Mein Kind hat einen Schnuller:

Tag: ja nein

Nacht: ja nein

Gab es Besonderheiten in der Entwicklung oder Erkrankungen Ihres Kindes von denen der Kindergarten in Kenntnis gesetzt werden sollte?

ja nein Wenn ja, welche? _____

Wurde bei Ihrem Kind bereits ein entwicklungsdiagnostisches Gutachten erstellt?

ja nein Wenn ja, wann? _____

Erhält ihr Kind bereits Förderungen oder Therapien? Wenn ja, welche?

Logopädie Ergotherapie Frühförderung Sonstiges: _____

Mein Kind benötigt eine Windel:

Tag: ja nein

Nacht: ja nein



Mein Kind schläft in der Nacht durch:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Kind wacht in der Nacht öfters auf:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Durchschnittliche Schlafdauer	von _____ bis: _____	
Hat Ihr Kind Allergien / Krankheiten / Nahrungsmittelunverträglichkeiten?		
Wenn ja, welche?		

Braucht Ihr Kind besondere Medikamente?		

Dürfen wir bei kleineren Verletzungen ein Pflaster kleben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Behandelnder Arzt / Hausarzt: _____		

Notfall- Kontaktdaten

Bitte hier nur Namen und Nummern jener Personen eintragen, die ihre Zustimmung über die Weitergabe dieser Daten an den Kindergarten gegeben haben

Familien- und Vorname	Bezug zum Kind	Telefonnummer	Infoaustausch erlaubt? Ja oder Nein	Darf Kind abholen? Ja oder Nein

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r