

Vor- und Nachname des Kindes: _____

VORLÄUFIGE ANMELDUNG

im Zuge der Bedarfserhebung 2025/2026

HALBTAGSGRUPPE

Bitte nummerieren Sie die Wunsch-Kindergärten:

Kindergarten Igel

Kindergarten Susi Weigel (nur für 3-Jährige)

NICHT AUSFÜLLEN (wird von der Verwaltung bearbeitet)

Auftrag im HR360Kids eröffnet

Anmerkung der Verwaltung:



Erziehungsberechtigte

VATER Erziehungsberechtigter Alleinerzieher Alleinverdiener

Familienname: _____ **Vorname:** _____

Geboren am: _____ **Vers-Nr.:** _____

Telefon-Nr.: _____ **E-Mail:** _____

Fam.-Stand: _____ **Staatsbürgerschaft** _____ **Religion:** _____

Andere Adresse als Kind: _____

Arbeitgeber: _____ **Beruf:** _____

Beschäftigungsausmaß (zutreffendes ankreuzen)

nicht beschäftigt in Ausbildung: _____ (Stunden/Woche) Karenz bis ___/___/___

Vollzeit: _____ Stunden/Woche Teilzeit: _____ Stunden/Woche

MUTTER Erziehungsberechtigte Alleinerzieherin Alleinverdienerin

Familienname: _____ **Vorname:** _____

Geboren am: _____ **Vers-Nr.:** _____

Telefon-Nr.: _____ **E-Mail:** _____

Fam.-Stand: _____ **Staatsbürgerschaft** _____ **Religion:** _____

Andere Adresse als Kind: _____

Arbeitgeber: _____ **Beruf:** _____

Beschäftigungsausmaß (zutreffendes ankreuzen)

nicht beschäftigt in Ausbildung: _____ (Stunden/Woche) Karenz bis ___/___/___

Vollzeit: _____ Stunden/Woche Teilzeit: _____ Stunden/Woche

KIND

männlich weiblich

Familienname: _____ **Vorname:** _____

Geboren am: _____ **Vers-Nr.:** _____

Straße /HNr./Top-Nr. _____

PLZ: _____ **Ort:** _____

Religion: _____ **Staatsbürgerschafts:** _____

Hat das Kind eine Kleinkind- oder Spielgruppe besucht?

nein ja, welche? (Name der Einrichtung eintragen): _____

Sind Geschwister in einer anderen Einrichtung??

nein ja, welche? (Name der Einrichtung eintragen): _____

Muttersprache: _____

Weitere Sprachen: _____

Deutschkenntnisse: sehr gut gut mittel kaum keine

Allergien: _____

Lebensmittelunverträglichkeiten: _____

(chronische) Krankheiten: _____

**Regelmäßige
Medikamenteneinnahme:** _____

Ich möchte nicht, dass Fotos oder Videos, die mein Kind/meine Kinder bzw. mich zeigen, und die im Rahmen von Veranstaltungen der Kinderbetreuungseinrichtung gemacht werden, veröffentlicht werden.

Abgabe von Kaliumjodidtabletten bei radioaktiver Verstrahlung Ja nein

Frühgeburt: Ja, _____ Woche nein

Notfallkontakt (neben den Eltern) Vor- und Nachname: _____
Verhältnis zum Kind: _____
Telefonnummer: _____

Modul	1 Tag	2 Tage	3 Tage	4 Tage	5 Tage/Woche
Grundmodul 07.30 – 12.30 Uhr					€ 46,- (3-4-Jährige)
Morgenmodul 7.00 – 7.30 Uhr	1,77 €	3,54 €	5,31 €	7,08 €	8,85 €
Erweiterung Mittag 12:30 – 13:00 Uhr	1,77 €	3,54 €	5,31 €	7,08 €	8,85 €

Die Beiträge verstehen sich als Monatsbeiträge und sind vorbehaltlich STR-Beschluss. Änderungen möglich.

Falls Sie weiteren Bedarf haben, geben Sie diesen bitte hier bekannt:

Alter (per Stichtag 31.08.2025): 3 Jahre 4 Jahre 5 Jahre

Grundmodul (Montag bis Freitag 07.30 – 12.30 Uhr)

Bitte die gewünschten Zusatzmodule ankreuzen!

Morgenmodul 07.00 – 07.30 Uhr

Mo	Di	Mi	Do	Fr
----	----	----	----	----

Erweiterung Mittag 12.30 – 13.00 Uhr

Mo	Di	Mi	Do	Fr
----	----	----	----	----

Zahlschein Bankeinzug

Bitte nur bei Bankeinzug ausfüllen!

Name Kontoinhaber _____

Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Bitte beachten Sie:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Angaben vollständig und der Wahrheit entsprechend gemacht zu haben. Weiters nehme ich zur Kenntnis, dass jegliche Änderungen umgehend der KG-Leitung oder dem Amt der Stadt Bludenz bekannt zu geben sind. Ebenso bin ich damit einverstanden, dass Daten (Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Kindergarten) sowie relevante Informationen zum Entwicklungsstand meines Kindes im Zuge der Schuleinschreibungen an die jeweilige Schulleitung weitergeleitet werden dürfen.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r