

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Alter (per Stichtag 31.08.2025): 0 Jahre 1 Jahr 2 Jahre 3 Jahre

VORLÄUFIGE ANMELDUNG

im Zuge der Bedarfserhebung 2025/2026

KLEINKINDGRUPPE

Bitte nummerieren Sie die Wunsch-Einrichtungen (Nr. 1-3):

Farbtüpfle

Kinderhaus Mücke

Bienenwabe

Stadtwichel

Bingser Zwergenvilla

NICHT AUSFÜLLEN (wird von der Verwaltung bearbeitet)

Auftrag im HR360Kids eröffnet

Anmerkung der Verwaltung:



Gemeinde
STALLEHR



SPARKASSE
Bludenz

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: _____ (% pro Woche) Karenz bis ___/___/___

Vollzeit: _____ % pro Woche Teilzeit: _____ % pro 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: _____ (% pro Woche) Karenz bis ___/___/___

Vollzeit: _____ % pro Woche Teilzeit: _____ % pro Woche

KIND männlich weiblich**Familienname:** _____ **Vorname:** _____**Geboren am:** _____ **Vers-Nr.:** _____**Straße /HNr./Top-Nr.** _____**PLZ:** _____ **Ort:** _____**Religion:** _____ **Staatsbürgerschafts:** _____**Sind Geschwister in einer anderen Einrichtung??** nein ja, welche? (Name der Einrichtung eintragen): _____**Alter von Geschwistern** (zum Stichtag 31.08.2025): _____**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: _____

Betreuung benötigt ab: _____ / _____ (bitte Monat/Jahr eintragen)

Mindestbuchung sind 3 Halbtage!

Farbtüpfle + Stadtwichtel + Bienenwabe + Bingser Zwergenvilla						
Modul		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
VM:	06.45/07.00 – 12.00h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M:	12.00 – 14.00h (nur in Kombination mit VM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NM:	14.00 – 17.00h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AM:	17.00 – 17.30h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VM = Vormittagsmodul, M = Mittagsmodul inkl. Schlafen, NM = Nachmittagsmodul, AM = Abendmodul

Kinderhaus Mücke + Bienenwabe (Halbtagsgruppe)						
Modul		Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
VM:	07.00 – 13.00 (ohne Mittagessen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Essensbeitrag: € 5,64 zusätzlich pro Mittagessen (im Betreuungsjahr 2024/25. Anpassung folgt)

Zahlschein Bankeinzug

Bitte nur bei Bankeinzug ausfüllen!

Name Kontoinhaber _____

Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Wichtige Informationen

- **Mittagessen:**

Das Mittagessen wird pro Tag und Anwesenheit verrechnet. Sollte Ihr Kind krank sein oder aus anderen Gründen am Mittagessen nicht teilnehmen können, so besteht die Möglichkeit das Essen bis 08:00 am Vortag in der Kleinkindgruppe abzumelden.

- **Abwesenheit:**

Sollte Ihr Kind krank sein, verständigen Sie bitte die Kleinkindgruppe über die Abwesenheiten. Für den Fall, dass Ihr Kind mehr als die Hälfte des Monats erkrankt, kann bei Vorlage einer ärztlichen Bestätigung in der Abteilung Kinder- und Schülerbetreuung, Kindergärten der Monatsbeitrag reduziert werden.

- **Preisinformationen:**

Die aktuellen Tarife sowie die Informationen zur sozialen Staffelung finden Sie auf unserer Homepage unter www.bludenz.at/bildung-soziales/tarife. Für weitere Informationen stehen Ihnen die Mitarbeitenden der Abteilung Kinder- und Schülerbetreuung, Kindergärten gerne zur Verfügung.

- **Datenschutz**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Datenschutzrichtlinien erhalten und gelesen zu haben.

- **Allgemein:**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Angaben vollständig und der Wahrheit entsprechend gemacht zu haben. Weiters nehme ich zur Kenntnis, dass die gewählten Module verbindlich sind und Moduländerungen nur in Ausnahmefällen möglich sind. Ich nehme auch zur Kenntnis, dass jegliche Änderungen (im Besonderen eine weitere Schwangerschaft oder die Beendigung einer Arbeitsbeschäftigung bzw. eines Kurses) umgehend dem Amt der Stadt Bludenz bekannt zu geben sind.

Ebenso bin ich damit einverstanden, dass Daten (Name, Adresse, Tel.-Nr., E-Mail-Adresse) sowie relevante Informationen zum Entwicklungsstand meines Kindes im Zuge der Kindergartenanmeldung an den jeweiligen Kindergarten weitergeleitet werden dürfen.

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r