



**ELTERN-KIND-ZENTRUM  
MONTAFON**

**KLEINKINDBETREUUNG SCHRUNS**

**KLEINKINDBETREUUNG GORTIPOHL**

**VORLÄUFIGE ANMELDUNG**

**\*\*\*BITTE LESERLICH IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN\*\*\***

**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_

**NICHT ausfüllen (wird von der Verwaltung bearbeitet)**

- Daten vollständig
- Auftrag in HR360 eröffnet
- Einzugsermächtigung
- Nachweis (Arbeitsbescheinigung, Weiterbildung, Fachinstitutions-Empfehlung)

ELTERN bzw. ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

**MUTTER**

Zutreffendes ankreuzen:

- Erziehungsberechtigt       Alleinerziehend       Alleinverdienend

**Familienname:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geboren am:** \_\_\_\_\_ **Vers.-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Tel.-Nummer:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Fam.-Stand** \_\_\_\_\_ **Staatsbürgerschaft** \_\_\_\_\_ **Religion** \_\_\_\_\_

Anderer Wohnsitz  
als Kind: \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_ **Beruf:** \_\_\_\_\_

Beschäftigungsausmaß (Zutreffendes ankreuzen) **Arbeitsbestätigung muss vorgelegt werden**

- nicht beschäftigt     Vollzeit     Teilzeit: \_\_\_ Stunden/Woche     Karenz bis \_\_\_/\_\_\_  
 in Ausbildung     weder berufstätig noch in Ausbildung

---

**VATER**

Zutreffendes ankreuzen:

- Erziehungsberechtigt       Alleinerziehend       Alleinverdienend

**Familienname:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geboren am:** \_\_\_\_\_ **Vers.-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Tel.-Nummer:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Fam.-Stand** \_\_\_\_\_ **Staatsbürgerschaft** \_\_\_\_\_ **Religion** \_\_\_\_\_

Anderer Wohnsitz  
als Kind: \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_ **Beruf:** \_\_\_\_\_

Beschäftigungsausmaß (Zutreffendes ankreuzen) **Arbeitsbestätigung muss vorgelegt werden**

- nicht beschäftigt     Vollzeit     Teilzeit: \_\_\_ Stunden/Woche     Karenz bis \_\_\_/\_\_\_  
 in Ausbildung     weder berufstätig noch in Ausbildung

KIND

Zutreffendes ankreuzen

männlich     weiblich

**Familienname:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geboren am:** \_\_\_\_\_ **Vers.-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Straße/HNr.** \_\_\_\_\_

**PLZ** \_\_\_\_\_ **Ort** \_\_\_\_\_

**Religion** \_\_\_\_\_ **Staatsbürgerschaft** \_\_\_\_\_

**Sind Geschwister in einer Kinderbetreuung?**     ja     nein

**Wenn ja, wo? (bitte Name der Einrichtung)** \_\_\_\_\_

**Muttersprache** \_\_\_\_\_

**Weitere Sprachen** \_\_\_\_\_

**Deutschkenntnisse**     sehr gut     gut     mittel     kaum     keine  
(Zutreffendes ankreuzen)

**Allergien** \_\_\_\_\_

**Lebensmittelunverträglichkeiten** \_\_\_\_\_

**(chronische) Krankheiten** \_\_\_\_\_

**Regelmäßige  
Medikamenteneinnahme** \_\_\_\_\_

**Abgabe von Kaliumjodidtabletten bei  
radioaktiver Verstrahlung**     ja     nein

**Frühgeburt**     ja, \_\_\_\_\_ Woche     nein

**Notfallkontakt**     Vater     Mutter

Sonstige Person: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Betreuung benötigt ab** \_\_\_\_/\_\_\_\_

**Eltern-Kind-Zentrum**

<b>MODUL</b>	<b>Montag</b>	<b>Dienstag</b>	<b>Mittwoch</b>	<b>Donnerstag</b>	<b>Freitag</b>	<b>Samstag</b>
07:00 – 13:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13:00 – 14:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14:00 – 18:00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SEPA Lastschrift-Mandat**

Mandatsreferenz: ..... EKIZ .....

ZAHLUNGSEMPFÄNGER ELTERN – KIND – ZENTRUM MONTAFON  
(Name, Anschrift) AUSSERLITZSTR. 71 6780 SCHRUNS

CREDITOR- ID: AT54ZZZ00000058813

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

Weitere Informationen zu Aufnahmekriterien, Preisen, An- und Abmeldungen, Abwesenheiten, Elterninformationen etc. entnehmen Sie bitte dem Zusatzblatt „Vereinbarungen und Informationen des Eltern-Kind-Zentrum Montafon“.

Mit dieser Anmeldung erklären sie sich einverstanden, dass Fotos ihrer Kinder für die Presse und Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden dürfen.

Wir behalten uns vor, unter Umständen die tatsächliche Zuteilung ihres Kindes an einen bestimmten Betreuungsort, bzw. Gruppe nach vorheriger Absprache mit ihnen zu ändern.

Ich stimme hiermit zu, dass die personenbezogenen Daten meines Kindes (Vor- und Nachname, Geburtsdatum) zum Zweck der Berechnung der Förderung der Personalkosten der Kinderbetreuungseinrichtung nach der Richtlinie der Vorarlberger Landesregierung zur Förderung von Kinderbetreuungseinrichtungen verarbeitet, gespeichert, bearbeitet und an das Land Vorarlberg (Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration) weitergegeben werden. Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift