



Alterserweiterte Gruppe der Gemeinde Koppl in Guggenthal

Anschrift: 5023 Koppl, Georg Weigl Weg 32;

BETREUUNGSVEREINBARUNG

AEG Guggenthal 2024/25

Name des Kindes	Geburtsdatum		Adresse	
Anwesenheitszeit des Kindes	von	bis	Angabe der Wochentage	
	Uhr	Uhr		
Betreuungszeiten	Vollbetreuung 31 – 40 Std.	$\frac{3}{4}$ Betreuung 21 – 30 Std.	$\frac{1}{2}$ Betreuung 11 – 20 Std.	$\frac{1}{4}$ Betreuung Bis 10 Std.
* Zutreffendes bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Busbedarf (nur für Kinder ab 3 Jahren)	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Betreuungsbeginn:				
Betreuungsende:				
Erziehungsberechtigte/r: Name				
Wohnadresse/Tel.:				
Anzahl der Personen im Gemeinsamen Haushalt				
Berufstätigkeit Mutter:	<input type="checkbox"/> Ja o Vollzeit o Teilzeit		<input type="checkbox"/> Nein	
Berufstätigkeit Vater:	<input type="checkbox"/> Ja o Vollzeit o Teilzeit		<input type="checkbox"/> Nein	

Hiermit melde ich **verbindlich** mein Kind für die oben angeführten Betreuungszeiten in der altersgemischten Tagesbetreuungseinrichtung in Guggenthal zu den festgesetzten Bedingungen an.

Der Anmeldung sind die Nachweise über das Haushaltseinkommen und eine Bestätigung des Arbeitgebers über die Berufstätigkeit beizulegen.

- Ich bin mit der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner Daten durch die Gemeinde Koppl bei Salzburg zum Zwecke der Kinderbetreuung einverstanden. Die personenbezogenen Daten werden nur in dem für die Verwaltung unbedingt erforderlichem Umfang und auch nur solange gespeichert, wie dies für die Erfüllung der Aufgaben erforderlich ist. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.
Ich bin damit einverstanden, dass mich die Gemeinde Koppl zur Kinderbetreuung unter den angegebenen Daten kontaktiert.

Durch meine Unterschrift anerkenne ich die Bedingungen der TBE-Ordnung der Gemeinde Koppl.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

1. Angaben über das Kind

Gesundheitliches:

Durchgemachte Krankheiten:

.....

Namen und Anschrift des Hausarztes:

Sonstiges (Allergien, chronische Erkrankungen ect.):

.....

2. Verpflegung

Sollten hinsichtlich der Ernährung besondere Wünsche bestehen, ist die mit der Leiterin der Einrichtung abzusprechen bzw. sind die entsprechenden Nahrungsmittel zur Verfügung zu stellen.

.....

3. Impfungen

(Bitte Kopien vom Impfpass beilegen)

4. Abholung:

Von wem kann das Kind vom Kindergarten abgeholt werden?

BUS vom Kindergarten nach Hause: **NEIN** **JA**

wenn Nein, von wem wird es abgeholt:

welche Personen sind außerdem befugt: