





**(AUSSERFAM. BETREUUNGEN Z.B.: LOGOPÄD. ,FRÜHFÖRD., KRANKHEITEN, KRANKENHAUSAUFENTHALTE / WAS WIR NOCH WISSEN SOLLTEN):**

---

---

---

**AN WELCHEN TAGEN KOMMT DAS KIND NACHMITTAGS?**

MONTAG  DIENSTAG  MITTWOCH  DONNERSTAG  FREITAG

---

**ABHOLUNG DES KINDES:**

Die Abholung erfolgt durch:

Eltern  Verwandte/Bekannte, Name und Telefonnummer:

---

---

---

**BUSTRANSPORT:**

Morgens  Mittags  KEINEN

**BESUCHTE DAS KIND BEREITS EINE KINDERBETREUUNGSEINRICHTUNG?**

JA  NEIN

**Wenn JA wo?** \_\_\_\_\_



**DATEN DER ELTERN:**

- Alleinerzieher       Lebensgemeinschaft       verheiratet       geschieden

**Mutter/Erziehungsberechtigte/r:**

Vorname: \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Telefonnummer      privat: \_\_\_\_\_

beruflich: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

- Teilzeit       Vollzeit       Karenz, bis \_\_\_\_\_       sonstiges: \_\_\_\_\_

**ANMERKUNGEN:** \_\_\_\_\_

**Vater/Erziehungsberechtigte/r:**

Vorname: \_\_\_\_\_

Familienname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Telefonnummer      privat: \_\_\_\_\_

beruflich: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

- Teilzeit       Vollzeit       Karenz, bis \_\_\_\_\_       sonstiges: \_\_\_\_\_

**ANMERKUNGEN:** \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse  
(für Zusendung der  
Finanzamtsbestätigung und  
sonstiger Elterninformationen): \_\_\_\_\_

**ANWESENHEIT DES KINDES:**

Genauere Anwesenheit (Uhrzeit):      von: \_\_\_\_\_      bis: \_\_\_\_\_

## **Einverständniserklärung zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten an Kinderkrippen, Kindergärten, Horten und Kinderheimen**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name der/des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen

- JA, ich erteile entsprechend dem Merkblatt für Eltern und Erziehungsberechtigte die Einwilligung, meinem Kind im Katastrophenfall – nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörde – Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen zur Einnahme von Kaliumjodidtabletten bekannt sind.
- NEIN, ich erteile die Einwilligung nicht.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte\_r

## **Einverständniserklärung zur Verwendung von Fotos und Videos.**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Fotos oder Videos, die in der Kinderbildungs- und Betreuungseinrichtung von meinem Kind gemacht wurden, im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden dürfen.

- JA, ich stimme zu.  NEIN, ich stimme nicht zu.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte\_r

## **Information über das strukturierte und verpflichtende Gespräch mit den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten (vorgeschrieben von der Steiermärkischen Landesregierung)**

Hiermit bestätige ich, dass ich über die Möglichkeit informiert wurde, das einmal pro Jahr stattfindende Elterngespräch wahrzunehmen. Das Gespräch mit dem pädagogischen Fachpersonal dient dem detaillierten Austausch mit den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten über den Entwicklungsprozess des Kindes. Termine werden von dem/der gruppenführenden Pädagog\_in bekanntgegeben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte\_r

Diese Einverständniserklärungen behalten ihre Gültigkeit, solange Ihr Kind diese WIKI-Einrichtung besucht. Die Information ist ebenfalls in diesem Zeitraum zu beachten.