

Antrag auf Vormerkung für die KINDERKRIPPE

1. ANGABEN ZU DEN EINRICHTUNGEN

NAME DER EINRICHTUNG NR. 1	NAME DER EINRICHTUNG NR. 2	NAME DER EINRICHTUNG NR. 3
GiP KK Puch bei Weiz		

2. ANGABEN ZUM KIND

FAMILIENNAME		VORNAME		M	W	GEBURTSDATUM	SOZIALVERS.NR.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
PLZ	ORT		STRASSE			HAUS-NR.	
STAATSANGEHÖRIGKEIT	HERKUNFTSLAND		RELIGION		ANZAHL DER GESCHWISTER		
BEKOMMT IHR KIND DERZEIT BZW. BRAUCHT IHR KIND EINE FÖRDERUNG?			<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN		
WENN JA, WELCHE?			<input type="checkbox"/> FRÜHFÖRDERUNG		<input type="checkbox"/> LOGOPÄDIE		
			<input type="checkbox"/> PYSIOTHERAPIE		<input type="checkbox"/> ERGOTHERAPIE		
			<input type="checkbox"/> MOTOTHERAPIE		<input type="checkbox"/> ANDERE		
IST IHR KIND MMR (MASERN, MUMPS, RÖTELN) GEIMPFT?			<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN		
WENN NEIN, WARUM?			<input type="checkbox"/> AUS MEDIZINISCHEN GRÜNDEN				
			<input type="checkbox"/> SONSTIGE GRÜNDE				

3. ANGABEN ZUR MUTTER / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

FAMILIENNAME		VORNAME		GEB. DATUM	HERKUNFTSLAND
PLZ	ORT	STRASSE		HAUS-NR. STOCK TÜR	
TELEFONNUMMER/ HANDYNUMMER			E-MAIL ADRESSE		
NAME DES/DER ARBEITGEBERS/IN ODER DER AUSBILDUNGSSTÄTTE				BESCHÄFTIGUNGSMASS	
				<input type="checkbox"/> VOLLBESCHÄFTIGUNG	
				<input type="checkbox"/> TEILZEITBESCHÄFTIGUNG	
				<input type="checkbox"/> KARENZ BIS	
				<input type="checkbox"/> NICHT IN AUFRECHTEM DIENST-VERHÄLTNIS bzw. KINDERGELD-BEZIEHERIN	
AKTUELLER FAMILIENSTAND					
<input type="checkbox"/> LEDIG	<input type="checkbox"/> EINGETRAGENE PARTNERSCHAFT		<input type="checkbox"/> GESCHIEDEN		
<input type="checkbox"/> VERHEIRATET	<input type="checkbox"/> IN LEBENSGEMEINSCHAFT				
<input type="checkbox"/> VERWITWET	<input type="checkbox"/> GETRENNT LEBEND				

4. ANGABEN ZUM VATER / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

FAMILIENNAME		VORNAME		GEB. DATUM	HERKUNFTSLAND
PLZ	ORT	STRASSE		HAUS-NR. STOCK TÜR	
TELEFONNUMMER/ HANDYNUMMER			E-MAIL ADRESSE		
NAME DES/DER ARBEITGEBERS/IN ODER DER AUSBILDUNGSSTÄTTE				BESCHÄFTIGUNGS-AUSMASS	
				<input type="checkbox"/> VOLLBESCHÄFTIGUNG	
				<input type="checkbox"/> TEILZEITBESCHÄFTIGUNG	
				<input type="checkbox"/> KARENZ BIS	
				<input type="checkbox"/> NICHT IN AUFRECHTEM DIENST- VERHÄLTNIS bzw. KINDERGELD- BEZIEHER	
AKTUELLER FAMILIENSTAND					
<input type="checkbox"/> LEDIG <input type="checkbox"/> EINGETRAGENE PARTNERSCHAFT <input type="checkbox"/> GESCHIEDEN					
<input type="checkbox"/> VERHEIRATET <input type="checkbox"/> IN LEBENSGEMEINSCHAFT					
<input type="checkbox"/> VERWITWET <input type="checkbox"/> GETRENNT LEBEND					

5. ANGABEN ZUR KINDERBETREUUNGSEINRICHTUNG

ICH BRAUCHE FÜR MEIN KIND FOLGENDE BETREUUNG		GEWÜNSCHTE BETREUUNGSZEIT	
<input type="checkbox"/> HALBTÄGIG OHNE ESSEN <input type="checkbox"/> HALBTÄGIG MIT ESSEN		VON	BIS
VON WEM WIRD DAS KIND DERZEIT BETREUT?		<input type="checkbox"/> TAGESMUTTER/TAGESVATER <input type="checkbox"/> KINDERKRIPPE <input type="checkbox"/> ELTERN	
		<input type="checkbox"/> FLEXIBLE KINDERBETREUUNG <input type="checkbox"/> KINDERHAUS <input type="checkbox"/> PRIVAT	
HAT DAS KIND IM KOMMENDEN BETREUUNGSJAHR GESCHWISTER IN DER GLEICHEN bzw. BENACHBARTEN EINRICHTUNG?		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
WENN JA, IN WELCHER EINRICHTUNG?			
BEZAHLUNG ERFOLGT DURCH		<input type="checkbox"/> MUTTER <input type="checkbox"/> VATER <input type="checkbox"/> ANDERE	

6. ANGABEN ZUM / ZUR ZAHLER/IN (wenn Beitrag nicht von der Mutter/dem Vater bezahlt wird)

FAMILIENNAME		VORNAME		GEB. DATUM	HERKUNFTSLAND
PLZ	ORT	STRASSE		HAUS-NR. STOCK TÜR	
TELEFONNUMMER/ HANDYNUMMER			E-MAIL ADRESSE		

7. DATENSCHUTZRECHTLICHE ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

Ich stimme zu, dass die angegebenen Daten im Online Vormerksystem für die Anmeldung bei städtischen und privaten Kinderbetreuungseinrichtungen verarbeitet werden. Ich bin berechtigt, die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung jederzeit gegenüber der Stadt Graz einseitig und schriftlich zu widerrufen. Die Verwendung der Daten auf Grund gesetzlicher Bestimmungen bleibt davon unberührt. Ich stimme zu, dass die Stadt Graz die Richtigkeit der angegebenen Daten in elektronischen Registern (z.B. Zentrales Melderegister) nach § 17 Abs 2 E-Government-Gesetz überprüft. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Stadt Graz, Abteilung Bildung und Integration. Datenkategorien, Empfänger und Rechtsgrundlage der Verarbeitung sind im Datenverarbeitungsregister registriert und unter [DVR 0051853/260](#) veröffentlicht. Die Datenverarbeitung basiert auf einem Informationsverbundsystem. Zusätzlich zu den städtischen Einrichtungen sind beim Vormerksystem folgende privaten Träger angeschlossen: [Liste privater Kinderkrippen](#). Allgemeine Informationen zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen entnehmen Sie bitte der [Datenschutzerklärung](#) der Stadt Graz.

8. VERWENDUNG VON CHIPSYSTEM FÜR ZUTRITTSKONTROLLE

Die städtischen Kinderbetreuungseinrichtungen werden schrittweise mit einem Chipssystem für die Zutrittskontrolle ausgestattet. Mit dieser Vormerkung stimme ich zu, dass meine Zu- und Austrittsdaten bei Verwendung eines Chips mit diesem System aufgezeichnet werden. Die vollständige Liste der verarbeiteten Daten ist im Datenverarbeitungsregister unter [DVR 0051853/319](#) gemeldet. Das System dient dazu, dass Erziehungsberechtigte mit einem Chipschlüssel jederzeit gesichert Zutritt zu den Einrichtungen erhalten. Sämtliche Zu- und Austrittsdaten werden nach 72 Stunden automatisch gelöscht.

9. BESTÄTIGUNG UND UNTERSCHRIFT DES / DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Ich	bestätige mit meiner Unterschrift
<ul style="list-style-type: none">• die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben• dass mit diesem Antrag eine verbindliche Vormerkung für das vorne angeführte Kind erfolgt, und ich verpflichte mich im Falle einer Aufnahme zur regelmäßigen Bezahlung des vorgeschriebenen Kostenbeitrages• die Datenschutzrechtliche Zustimmungserklärung angenommen zu haben• die Verwendung eines Chipsystems für Zutrittskontrolle zur Kenntnis genommen zu haben• die Datenschutzrechtliche Widerrufsklausel zur Kenntnis genommen zu haben	
..... ORT, DATUM UNTERSCHRIFT

[<< zurück zum Anfang](#)

<< zurück

Alle Eingaben löschen

Formular drucken