

# Anmeldung

**Kinderkrippe Deutschfeistritz**  
Streicherstraße 8, 8121 Deutschfeistritz  
kinderkrippe@deutschfeistritz.gv.at, 0676 / 67 14 603

**Pfarrkindergarten Deutschfeistritz**  
Kinogasse 6, 8121 Deutschfeistritz  
kiga.deutschfeistritz@graz-seckau.at, 03127 / 41 343

**SOS Kindergarten Stübing**  
Schlossweg 16, 8114 Deutschfeistritz  
kindergarten@sos-kinderdorf.at, 03127 / 41 250 70

## Marktgemeinde Deutschfeistritz

Grazerstraße 1, 8121 Deutschfeistritz  
Tel. 03127 / 41355-0

**E-Mail:** gde@deutschfeistritz.gv.at

**web:** www.deutschfeistritz.gv.at

### Parteienverkehr:

Montag – Freitag: 08.00–12.00 Uhr

Dienstag & Donnerstag zusätzlich: 14.00–17.00 Uhr

**Das Anmeldeformular ist unbedingt persönlich  
in der jeweiligen Einrichtung abzugeben!**

**Geburtsurkunde und Impfpass des Kindes  
sind (in Kopie) beizulegen.**

### ANGABEN ZUM KIND

FAMILIENNAME:	VORNAME:
GEBURTSDATUM:	GESCHLECHT: <input type="checkbox"/> MÄNNLICH <input type="checkbox"/> WEIBLICH
SOZIALVERSICHERUNGS.-NR.:	
ADRESSE:	
STAATSANGEHÖRIGKEIT:	HERKUNFTSLAND:
RELIGION:	GESCHWISTER (Anzahl):
ERST-/MUTTERSPRACHE:	
BEKOMMT ODER BENÖTIGT IHR KIND THERAPEUTISCHE BEHANDLUNG? WENN JA, WELCHE? (Z. B.: LOGOPÄDIE USW.):	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
HAT IHR KIND EINE ANGEBORENE KRANKHEIT? WENN JA, WELCHE?:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
HAT IHR KIND UNVERTRÄGLICHKEITEN ODER ALLERGIEN? WENN JA, WELCHE?:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

### ANGABEN ZUR EINRICHTUNG

#### MEIN KIND BENÖTIGT FOLGENDE BETREUUNG:

AB DATUM:

HALBTAGS

07.00 – 13.00 UHR

GANZTAGS

07.00 – 17.00 UHR

MIT ESSEN

JA  NEIN

GENAUE ANWESENHEIT (Uhrzeit)

VON:

BIS:

WER BETREUT IHR KIND DERZEIT?:

**ANGABEN ZUR MUTTER/ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN**

FAMILIENNAME:	VORNAME:
GEBURTSDATUM:	
ADRESSE:	HERKUNFTSLAND:
TELEFONNUMMER:	
MAIL:	
NAME DES ARBEITGEBERS:	BESCHÄFTIGUNGS-AUSMASS IN WOCHENSTUNDEN:
<input type="checkbox"/> VOLLZEIT <input type="checkbox"/> KARENZ BIS: <input type="checkbox"/> TEILZEIT <input type="checkbox"/> KEIN DIENSTVERHÄLTNIS FAMILIENSTAND: <input type="checkbox"/> LEDIG <input type="checkbox"/> VERHEIRATET <input type="checkbox"/> LEBENSGEMEINSCHAFT <input type="checkbox"/> SONSTIGES:	

**ANGABEN ZUR VATER/ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN**

FAMILIENNAME:	VORNAME:
GEBURTSDATUM:	
ADRESSE:	HERKUNFTSLAND:
TELEFONNUMMER:	
MAIL:	
NAME DES ARBEITGEBERS:	BESCHÄFTIGUNGS-AUSMASS IN WOCHENSTUNDEN:
<input type="checkbox"/> VOLLZEIT <input type="checkbox"/> KARENZ BIS: <input type="checkbox"/> TEILZEIT <input type="checkbox"/> KEIN DIENSTVERHÄLTNIS FAMILIENSTAND: <input type="checkbox"/> LEDIG <input type="checkbox"/> VERHEIRATET <input type="checkbox"/> LEBENSGEMEINSCHAFT <input type="checkbox"/> SONSTIGES:	

**BESÄTIGUNG UND UNTERSCHRIFT DER/DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN**

DIE OBEN ANGEFÜHRTE(N) PERSON(EN) BESTÄTIGT (BESTÄTIGEN), DASS MIT DIESEM ANTRAG **EINE VERBINDLICHE ANMELDUNG** FÜR DAS VORNE ANGEFÜHRTE KIND

**FÜR DAS BETREUUNGSJAHR** / ERFOLGT.

ICH (WIR) VERPFLICHTE(N) MICH (UNS) IM FALLE DER AUFNAHME DES KINDES ZUR REGELMÄSSIGEN BEZAHLUNG DER VORGESCHRIEBENEN KOSTENBEITRÄGE.

**BEZAHLUNG ERFOLGT DURCH**     VATER                       MUTTER                       ANDERE

**ICH (WIR) STELLE(N)** EINEN ANTRAG AUF SOZIAL GESTAFFELTEN ELTERNBEITAG    JA (eigener Antrag)    NEIN

**ICH (WIR) BESTÄTIGE(N)** MIT MEINER UNTERSCHRIFT (UNSEREN UNTERSCHRIFTEN) DIE RICHTIGKEIT ALLER ANGABEN.

UNTERSCHRIFT MUTTER:	UNTERSCHRIFT VATER:

ORT/DATUM:

**„Wir bitten dringend (betrifft vor allem unsere beiden Kindergärten) keine Doppelanmeldungen vorzunehmen.“**