

# Antrag auf Vormerkung für den KINDERGARTEN

## 1. ANGABEN ZU DEN EINRICHTUNGEN

NAME DER EINRICHTUNG NR. 1	NAME DER EINRICHTUNG NR. 2	NAME DER EINRICHTUNG NR. 3

## 2. ANGABEN ZUM KIND

FAMILIENNAME		VORNAME	GESCHLECHT	GEBURTSDATUM	SOZIALVERS.NR.
PLZ	ORT	STRASSE			HAUS-NR.
ERSTSPRACHE					
<input type="checkbox"/> DEUTSCH <input type="checkbox"/> FRANZÖSISCH <input type="checkbox"/> ARABISCH <input type="checkbox"/> ALBANISCH <input type="checkbox"/> TÜRKISCH <input type="checkbox"/> RUSSISCH <input type="checkbox"/> ENGLISCH <input type="checkbox"/> BOSNISCH <input type="checkbox"/> KROATISCH <input type="checkbox"/> SERBISCH <input type="checkbox"/> UNGARISCH <input type="checkbox"/> ANDERE					
STAATSANGEHÖRIGKEIT	HERKUNFTSLAND	RELIGION		ANZAHL DER GESCHWISTER	
WIE SCHÄTZEN SIE DIE SPRACHKENNTNISSE IHRES KINDES EIN?			<input type="checkbox"/> SEHR GUT <input type="checkbox"/> GUT <input type="checkbox"/> WENIGER GUT <input type="checkbox"/> BRAUCHT DRINGEND FÖRDERUNG		
FALLS DEUTSCH NICHT DIE ERSTSPRACHE IHRES KINDES IST: WIE SCHÄTZEN SIE DIE DEUTSCHKENNTNISSE IHRES KINDES EIN?			<input type="checkbox"/> SEHR GUT <input type="checkbox"/> GUT <input type="checkbox"/> WENIGER GUT <input type="checkbox"/> BRAUCHT DRINGEND FÖRDERUNG		
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		
BENÖTIGT IHR KIND EINEN INTEGRATIONSPLATZ? (HEILPÄDAGOGISCHER FÖRDERBEDARF)			<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
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				BESCHÄFTIGUNGSMASS	
				<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"/> GANZTÄGIG MIT ESSEN <input type="checkbox"/> 8 Std. <input type="checkbox"/> 10 Std.	<input type="checkbox"/> HALBTÄGIG MIT ESSEN	<input type="checkbox"/> HALBTÄGIG OHNE ESSEN	VON	BIS
BEZAHLUNG ERFOLGT DURCH		<input type="checkbox"/> MUTTER	<input type="checkbox"/> VATER	<input type="checkbox"/> ANDERE
VON WEM WIRD DAS KIND DERZEIT BETREUT?		<input type="checkbox"/> TAGESMUTTER/TAGESVATER	<input type="checkbox"/> KINDERHAUS	<input type="checkbox"/> PRIVAT
		<input type="checkbox"/> KINDERGARTEN	<input type="checkbox"/> KINDERKRIPPE	
		<input type="checkbox"/> FLEXIBLE KINDERBETREUUNG	<input type="checkbox"/> ELTERN	
HAT DAS KIND IM KOMMENDEN BETREUUNGSJAHR GESCHWISTER IN DER GLEICHEN bzw. BENACHBARTEN EINRICHTUNG?		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
WENN JA, WELCHE?				

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 Kindergärten](#). 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
-----	-----------------------------------

- 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