

Eingetreten am: _____
 Ausgetreten am: _____
 Grund des Austritts: _____

EVIDENZBLATT

KIND: Familiename und Vorname:		Wohnadresse:											
Geburtsdatum:		Staatsangehörigkeit:											
Religion:		Erstsprache:											
Tetanus-Impfschutz: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Zecken-Impfschutz: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> unvollständig	Verabreichung von Kaliumjodidtabletten im Katastrophenfall: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Schweinefleisch: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Vegetarisch: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Sozialversicherungsnummer: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> Krankenkasse: Hausarzt: Überstandene Krankheiten: Krankheiten, Allergien, Beeinträchtigungen usw.											
<p>Der/die Obsorgeberechtigte ist damit einverstanden, dass das oa Kind der zuständigen Sonderkindergartenpädagogin/dem zuständigen Sonderkindergartenpädagogen und/oder den MitarbeiterInnen des Mobilen Heilpädagogischen Dienstes (Physiotherapeuten / Logopäden / Musiktherapeuten) im Kindergarten vorgestellt werden darf. Bei Bedarf wird der/die Obsorgeberechtigte zu einem Gespräch eingeladen.</p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein													

OBSORGEBERECHTIGT:
<input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Andere:

MUTTER: Familiename und Vorname:	Sozialversicherungsnummer (nur eintragen, wenn das Kind mitversichert ist): <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>											
Geburtsdatum:	Telefonnummer:											
Religion:	Staatsangehörigkeit:											
Wohnadresse:	Arbeitgeber, Anschrift und Tel.Nr. (Arbeitsplatz):											
E-Mail:												
Beruf:	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Geringfügig	<input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> Karenz bis:										

VATER: Familiename und Vorname:	Sozialversicherungsnummer (nur eintragen, wenn das Kind mitversichert ist): <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>											
Geburtsdatum:	Telefonnummer:											
Religion:	Staatsangehörigkeit:											
Wohnadresse:	Arbeitgeber, Anschrift und Tel.Nr. (Arbeitsplatz):											
E-Mail:												
Beruf:	<input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Geringfügig	<input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> Karenz bis:										

GESCHWISTER:
Name: _____ & Geburtsdatum: _____
Name: _____ & Geburtsdatum: _____

Weitere Personen, die im Notfall verständigt werden können:

Name, Telefon Nr. & Adresse sowie Verhältnis zum Kind (z.B. Oma, Opa, Tante, Nachbar, ...) angeben

Abholberechtigte Personen:

Name der Person (Person muss das 15. Lebensjahr vollendet haben) & Verhältnis zum Kind

Änderungen der angegebenen persönlichen Daten sind unverzüglich der Leitung der Kinderbildungs- und –betreuungseinrichtung bekannt zu geben.

Datenschutzrechtliche Information bezüglich der Verarbeitung personenbezogener Daten:

Zum Zweck der Bearbeitung Ihres Antrages müssen wir Ihre personenbezogenen Daten im Umfang des gegenständlichen Formulars verarbeiten! Verantwortlicher für die Verarbeitung der Daten ist die Landeshauptstadt Freistadt Eisenstadt.

Der Schutz personenbezogener Daten ist uns ein wichtiges Anliegen. Wir verarbeiten Ihre Daten ausschließlich auf Grundlage der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen (DSGVO, DSG, TKG etc.) und treffen vielfältige Maßnahmen zur Gewährleistung der Datensicherheit. Ihnen stehen grundsätzlich die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit, Widerruf und Widerspruch der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten zu.

Alle personenbezogenen Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Frist gelöscht.

Detaillierte Informationen bezüglich Datenschutz und zum Datenverantwortlichen/Datenschutzbeauftragten erhalten Sie in unserer Datenschutzerklärung unter www.eisenstadt.at. Wenn Sie der Meinung sind, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche verletzt worden sind, haben Sie die Möglichkeit, sich bei der Datenschutzbehörde unter <https://www.dsb.gv.at/> zu beschweren.

Datum und Unterschrift des/der Obsorgeberechtigten