

## Anmeldung Kleinkindbetreuung für 1- bis 3-jährige Kinder Kindergartenjahr 2017/2018

- Kleinkindbetreuung Markt (Zwergahäule)  
 Kleinkindbetreuung Vinomna  
 Kleinkindbetreuung Kinder- und Familientreff Bifang  
 Kleinkindbetreuung Graf Rudi

Betreuung ab: \_\_\_\_\_

### Daten des Kindes:

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

Geschlecht:  männlich  weiblich Soz.Vers.Nr.: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Name und Alter der Geschwister: \_\_\_\_\_

### Angaben Mutter:

Nachname: \_\_\_\_\_

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

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

Tagsüber erreichbar: ☎ \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

beschäftigt bei: \_\_\_\_\_

Beschäftigungsausmaß:  ganztägig  Teilzeit

Erziehungsberechtigt:  Mutter  Vater

Ich möchte Informationen zu Familien-Veranstaltungen per e-mail erhalten: ja  nein

### Angaben Vater:

Nachname: \_\_\_\_\_

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

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

Tagsüber erreichbar: ☎ \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

beschäftigt bei: \_\_\_\_\_

ganztägig  Teilzeit

### Gesundheitszustand des Kindes:

Besondere Anmerkungen (Sehschwäche, Herzfehler, epileptische Anfälle, Allergien, Behinderungen, Therapien):

\_\_\_\_\_

Verhaltensauffälligkeiten, evtl. Ärztliche Gutachten: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Betreuung, bitte ankreuzen:

Modul	Öffnungszeiten	MO	DI	MI	DO	FR
1	07:00 bis 11:30					
2	07:00 bis 12:30					
3	11:30 bis 12:30 inkl. ME					
4	11:30 bis 13:30 inkl. ME und Ruhezeit					
5	13:30 bis 16:00					
6	13:30 bis 18:00					

Die Bezahlung der monatlichen Gebühren erfolgt durch Einzugsermächtigung. Diese Anmeldung und Buchungen sind verbindlich und die gewünschten Betreuungszeiten werden auch bei Abwesenheit des Kindes in Rechnung gestellt.

Rankweil, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

**Angaben Sprachverständnis:**

Welche Sprache(n) versteht das Kind: \_\_\_\_\_

Welche Sprache(n) spricht das Kind: \_\_\_\_\_

Kenntnis der deutschen Sprache:  gut  kann sich verständigen  noch keine

Welche Sprache(n) spricht die Mutter: \_\_\_\_\_

Kenntnis der deutschen Sprache:  gut  kann sich verständigen  noch keine

Welche Sprache(n) spricht der Vater: \_\_\_\_\_

Kenntnis der deutschen Sprache:  gut  kann sich verständigen  noch keine**Formular zur Einzugsermächtigung:**

Kleinkindbetreuung: \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschrift-Mandat**ZAHLUNGSEMPFÄNGER: **Marktgemeinde Rankweil, A-6830 Rankweil, Am Marktplatz 1**

Creditor-ID: AT67ZZZ00000003095

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Marktgemeinde Rankweil, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Marktgemeinde Rankweil auf mein / unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Vorname (Kontoinhaber)	EDV-Nr.
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
Kreditinstitut (Name)	
IBAN (finden Sie auf Ihrem Kontoauszug)	BIC
Ort und Datum	Unterschrift(en) des (der) Auftraggeber(s)