VORMERKUNG KRABBELSTUBE

Bitte gut leserlich ausfüllen und in der Krabbelstube abgeben. Wir weisen Sie darauf hin, dass dieser Bogen nur der Erhebung des Bedarfs und **NICHT ALS ANMELDUNG** gilt.

☐ Mitarbeiter/in des Klinikums WE/GR am Standort _____

Angaben zur Kinderbildungs- und –betreuungseinrichtung:

Bezeichnung	**Krabbelstube „EntdeckungsRaum“ des Vereins für Franziskanische Bildung am Standort Grieskirchen**		
Straße/Nummer	**Wagnleithnerstraße 27**	**PLZ/Ort**	**4710 Grieskirchen**
E-Mail-Adresse	**krabbelstube@klinikum-wegr.at**	**Telefonnummer**	**07248/601-6376**

Angaben zu den aktuellen Öffnungszeiten:

Montag	**von**	**06:30**	**bis**	**15:30**	**Dienstag**	**von**	**06:30**	**bis** **15:30**
Mittwoch	**von**	**06:30**	**bis**	**15:30**	**Donnerstag**	**von**	**06:30**	**bis** **15:30**
Freitag	**von**	**06:30**	**bis**	**15:30**				
Schließzeiten		**Weihnachten:** 24. Dezember 2024 bis einschließlich 6.Jänner 2025 **Ostern:** Karwoche Montag bis Donnerstag (14.4-17.4.25) Bedarfserhebung → Journaldienst, Karfreitag bis Ostermontag (18.4-21.4.25) geschlossen **Zwickeltage:** Bedarfserhebung → Journaldienst **Sommer:** letzten beiden Augustwochen: 18.8-29.8.2025						

*Änderungen vorbehalten

Angaben zum Kind:

Familienname				**Vorname**	
Geburtsdatum				**SV-Nummer**	
Geschlecht	**m** ☐	**w** ☐		**Straße/Nummer**	
PLZ				**Ort** (Hauptwohnsitz)	
gewünschtes Eintrittsdatum				**Beeinträchtigungen im Sinne des Oö. Chancen-gleichheitsgesetzes**	**ja** ☐ **nein** ☐
Staatsangehörigkeit					
Religionsbekenntnis					
Muttersprache				**Festgestellt ab wann**	
Hat das Kind bereits eine Einrichtung besucht?	**ja** ☐ **nein** ☐			**Welche?**	

Gewünschte Besuchszeiten des Kindes:

Montag	**von**		**bis**		**Dienstag**	**von**		**bis**
Mittwoch	**von**		**bis**		**Donnerstag**	**von**		**bis**
Freitag	**von**		**bis**					
Einnahme des Mittagessens	**ja**	Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐			**nein**	☐		
Betreuungsbedarf nach 13:00 Uhr	**ja**	Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr ☐			**nein**	☐		
Bustransport	**ja**	☐	**nein**	☐				

Angaben zur Mutter:

Familienname		**Vorname**	
Telefonnummer		**E-Mail Adresse**	
Familienstand		**Staatsangehörigkeit**	
Beschäftigungsausmaß	**Vollzeit** **Teilzeit**	☐ ☐ ……Std.	

Angaben zum Vater:

Familienname		**Vorname**	
Telefonnummer		**E-Mail Adresse**	
Familienstand		**Staatsangehörigkeit**	
Beschäftigungsausmaß	**Vollzeit** **Teilzeit**	☐ ☐ ……Std.	

- Evidenzhaltung darf nur mit Zustimmung erfolgen! Bei Zustimmung werden wir Ihre Vormerkung bis längstens 2 Jahre in Evidenz halten.

  JA ☐ NEIN ☐

- Ich bin damit einverstanden, dass die bekanntgegebenen Daten zum Zwecke der Platzzuteilung auch an die Geschäftsführung/Personalabteilung des Klinikums WEGR weitergegeben werden.

  JA ☐ NEIN ☐

Datum*:	**Unterschrift Erziehungsberechtigte/r:**

* Krabbelstubenplätze werden nicht ausschließlich nach Datum der Vormerkung gereiht und vergeben, es werden dazu noch weitere Kriterien berücksichtigt.