



Kinderbetreuungseinrichtung: **NÖ LKG Seitenstetten**

# Datenblatt

<b>Name des Kindes</b>
<b>Geburtsdatum</b>

*Platz für Notizen der Kinderbetreuungseinrichtung:*

---

## **Wichtige Telefonnummern** *(wird von der Kinderbetreuungseinrichtung ausgefüllt)*

**Name (Verhältnis zum Kind):**

**Telefonnummer:**


## Daten zum Kind:

Zuname Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Hauptwohnsitz

Nebenwohnsitz

Staatsangehörigkeit

Erstsprache (Muttersprache)

Religionsbekenntnis

Eintritt (in Kinderbetreuungseinrichtung)

Austritt (aus Kinderbetreuungseinrichtung)

Sozialversicherungsnummer

Chronische Erkrankungen (z.B.: Epilepsie, Asthma, usw.)

Ja  Nein      Art der Erkrankung:

Sind Allergien bekannt? (z.B.: Nahrungsmittel, Hausstaub usw.)

Ja  Nein      Art der Allergie:

Darf das Kind bestimmte Lebensmittel nicht zu sich nehmen? (z.B.: Schweinefleisch)

Ja  Nein      Anmerkung:

Kommt das Kind mit dem Bus?

(mit der Einwilligung darf die Aufsichtspflicht der Buslenkkraft übertragen werden)

Hinfahrt  Rückfahrt       Nein       Flexibel

Anmerkung:

### **Nur für Schulkinder:**

Darf das Kind selbständig nach Hause gehen?

Ja  Nein      Anmerkung:

Darf die Kinderbetreuungseinrichtung Fotos/Videos von dem Kind aufnehmen?

*Die Fotos werden unter anderem für die Portfolioarbeit und zur Entwicklungsdokumentation verwendet.*

Ja  Nein      Anmerkung:

Darf die Kinderbetreuungseinrichtung Fotos/Videos von dem Kind veröffentlichen?

*Veröffentlichung von Bildern bzw. von Filmaufnahmen, auf denen das Kind alleine oder gemeinsam mit anderen Kindern im Rahmen des Kindergartenbetriebes zu sehen ist, in Zeitungen, Zeitschriften, Broschüren, Fernsehen, Internet, durch Weitergabe auch an andere Eltern etc..*

Ja  Nein      Anmerkung:

Die Erziehungsberechtigten bestätigen, dass sie mit dem Kind über die Aufnahme und mögliche Weitergabe von Fotos/Videos gesprochen haben.

Dürfen dem Kind bei Atomunfällen Kaliumjodidtabletten verabreicht werden?

Ja  Nein

**Nur für Kindergartenkinder:**

Darf das Kind im Rahmen des Projektes Apollonia am Zahnarztbesuch teilnehmen?

Ja  Nein

Darf das Kind am kostenlosen Sehtest teilnehmen?

Ja  Nein

Darf das Kind am kostenlosen Hörtest teilnehmen?

Ja  Nein

*Wir möchten Sie darüber informieren, dass die bei der Testung erhobenen Daten 10 Jahre lang aufgehoben und die Ergebnisse statistisch ausgewertet werden.*

*Anmerkungen*

**Folgende Personen sind berechtigt das Kind abzuholen bzw. sind im Notfall in folgender Reihenfolge zu informieren** (bei Nicht-Erreichen der Erziehungsberechtigten)

Die Aufsichtspflicht des Kindergartenpersonals und der sonstigen geeigneten Personen beginnt mit der persönlichen Übernahme des Kindes im Kindergarten. Sie endet mit der Übergabe des Kindes an die Erziehungsberechtigten oder an eine andere Person, die von den Erziehungsberechtigten zur Übernahme des Kindes bevollmächtigt wurde.

Zuname Vorname	Tel	Verhältnis zum Kind (z.B.: Großeltern)

Zuname Vorname	Tel	Verhältnis zum Kind (z.B.: Großeltern)

Zuname Vorname	Tel	Verhältnis zum Kind (z.B.: Großeltern)

Zuname Vorname	Tel	Verhältnis zum Kind (z.B.: Großeltern)

Zuname Vorname	Tel	Verhältnis zum Kind (z.B.: Großeltern)

Zuname Vorname	Tel	Verhältnis zum Kind (z.B.: Großeltern)

Zuname Vorname	Tel	Verhältnis zum Kind (z.B.: Großeltern)

Zuname Vorname	Tel	Verhältnis zum Kind (z.B.: Großeltern)

Zuname Vorname	Tel	Verhältnis zum Kind (z.B.: Großeltern)

**Anmerkungen**

--

## Daten zu den Erziehungsberechtigten:

<b>Zuname Vorname</b>	<b>Verhältnis zum Kind</b> <i>(Mutter, Vater, Pflegemutter,...)</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Geburtsdatum</b>	<b>Familienstand</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Hauptwohnsitz</b>	<b>Nebenwohnsitz</b>
<input type="text" value="O siehe Kind"/>	<input type="text"/>
<b>Beruf und Arbeitgeber</b>	
<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit	
<b>Tel. 1</b>	<b>Tel. 2</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Mailadresse</b> <i>(für Elterninformationen,... - wahlweise anzugeben)</i>	
<input type="text"/>	

<b>Zuname Vorname</b>	<b>Verhältnis zum Kind</b> <i>(Mutter, Vater, Pflegemutter,...)</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Geburtsdatum</b>	<b>Familienstand</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Hauptwohnsitz</b>	<b>Nebenwohnsitz</b>
<input type="text" value="O siehe Kind"/>	<input type="text"/>
<b>Beruf und Arbeitgeber</b>	
<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit	
<b>Tel. 1</b>	<b>Tel. 2</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Mailadresse</b> <i>(für Elterninformationen,... - wahlweise anzugeben)</i>	
<input type="text"/>	

## Geschwister:

Name	Geburtsjahr

### Datenschutzhinweis:

Gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung möchten wir Sie informieren, dass gemäß § 38 NÖ Kindergartengesetz 2006, LGBL. 5060, die oben angegebenen Daten automatisiert verarbeitet werden.

Detaillierte Informationen zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten, Ihren Rechten als betroffene Person einer Datenverarbeitung sowie zum Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde sind im Internet unter [www.noe.gv.at/datenschutz](http://www.noe.gv.at/datenschutz) abrufbar.

### Datenblatt wurde ausgefüllt

am:

von:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

*(bei geteilter Obsorge)*

### Änderungen

Datum der Änderung:	Was wurde geändert?	Unterschrift:

**Folgendes Informationsmaterial wurde der/dem Erziehungsberechtigten übergeben:**

- „Mein Kind kommt in den Kindergarten“ - Broschüre
- Elternbeirat - Information
- Kaliumjodidtabletten - Information
- Apollonia 2020 – Zahngesundheitserziehung - Information
- Sehtest - Information
- Hörtest - Information



# Transferierungsbericht

**NÖ Kinderbetreuungseinrichtung:**

**Telefonnummer:**

--	--

**Adresse :**

**Gemeinde:**

--	--

**Name des Kindes:**

**Geburtsdatum:**

--	--

**Adresse:**

**Erziehungsberechtigte/r: (Name und Tel.)**

--	--

**Erstsprache: (Muttersprache)**

**Sozialversicherungsnummer:**

--	--

**Wichtige Informationen für den Arzt (z.B.: Epilepsie, einzunehmende Medikamente, usw.)**

*Tetanusimpfung: o ja o nein*

--

**Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten**

**Wird im Falle eines Unfalles von der Kinderbetreuungseinrichtung ausgefüllt:**

**Anwesende Betreuungsperson:**

**Datum:**

**Uhrzeit:**

--	--	--

**Beschreibung des Ereignisses (Unfall, Krampfanfall, etc.):**

--

--

**Datum, Unterschrift der Betreuungsperson**