



HORT – AUFNAHMEANTRAG

Standort:

1. Daten Hort

Horttarif (bitte ankreuzen)		Betreuungszeiten	Mittagessen (bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/>	Ganztags Montag bis Freitag	von Schulende bis 17:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	Ganztags 3 Tage pro Woche	von Schulende bis 17:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Inklusion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein				
Anmeldung ab						

2. Daten des Kindes

Vorname				Nachname		
Geschlecht (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> männlich			
Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		T T M M J J	Staatsbürgerschaft
Mutterssprache						
Adresse						

3. Daten der Eltern/Erziehungsberechtigten

Vorname			Titel/Nachname						
berufstätig (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	ja			Beschäftigungsausmaß (bitte ankreuzen)				
	<input type="checkbox"/>	nein			<input type="checkbox"/>	Teilzeit			
Vorname			Titel/Nachname						
berufstätig (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	ja			Beschäftigungsausmaß (bitte ankreuzen)				
	<input type="checkbox"/>	nein			<input type="checkbox"/>	Teilzeit			
<input type="checkbox"/>	alleinerziehend (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	verheiratet	<input type="checkbox"/>	geschieden	<input type="checkbox"/>	ledig	<input type="checkbox"/>	Lebensgemeinschaft
E-Mail-Adresse:									
Telefon PRIVAT 1				Telefon ARBEIT 1					
Telefon PRIVAT 2				Telefon ARBEIT 2					

4. Daten zur Abholung des Kindes

Mein Kind geht nach der Betreuung selbständige nach Hause (bitte ankreuzen)	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
falls nein, das Kind wird durch folgende Personen vom Hort abgeholt (bitte ankreuzen)		
<input checked="" type="checkbox"/> Mutter		
<input checked="" type="checkbox"/> Vater		
<input checked="" type="checkbox"/> Andere Personen:		

Blatt bitte wenden!



5. Allgemeine Informationen

Hausarzt/Kinderarzt				
Krankheiten, Allergien und Unverträglichkeiten des Kindes				
Muss Ihr Kind während der Betreuung Medikamente nehmen <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
wenn ja, welche?				
Allfälliges, was Sie uns mitteilen möchten				

6. Unterschrift der/des Antragsteller/in

Ich bestätige hiermit ausdrücklich die Richtigkeit der von mir angegebenen Daten und Informationen. Weiters nehme ich zur Kenntnis, dass eine Abmeldung der Betreuung nur zum Semester erfolgen kann und die Einteilung bzw. Vergabe der Hortplätze ausschließlich durch die BÜM gem. Betreuungs- GmbH nach Maßgabe der freien Plätze erfolgt. Ich bestätige hiermit den Erhalt der Kinderbildungs- und –betreuungsordnung für Horteinrichtungen und verpflichte mich diese einzuhalten.

Ort, Datum		Unterschrift Antragsteller/in	
------------	--	-------------------------------	--

7. Datenschutzerklärung

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass die im vorliegenden Antrag erfassten persönlichen Daten, zweckmäßig für die Betreuung meines Kindes bei der BÜM gem. Betreuungs- GmbH, elektronisch verarbeitet werden. Weiters bestätige ich, dass ich seitens der BÜM gem. Betreuungs- GmbH datenschutzrechtlich informiert wurde und dem Inhalt des Dokumentes **BÜM-18004** vollinhaltlich zustimme. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich bei der BÜM gem. Betreuungs- GmbH, 9300 – Bräuhausgasse 23, widerrufen werden.

Ort, Datum		Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten	
------------	--	---	--

8. Einzugsermächtigung

Ich/Wir ermächtigen die BÜM gem. Betreuungs- GmbH die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der BÜM gem. Betreuungs- GmbH auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinen/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Name)						Anschrift des Zahlungspflichtigen		
IBAN	[]	[]	[]	[]	[]	BIC		
Kreditinstitut								
Zahlungsart <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/>	wiederkehrend am 5. des Monats	<input type="checkbox"/>	Einmalzahlung				
Ort, Datum						Unterschrift/en des/der Kontozeichnungsberechtigten		