

VORMERKUNG KRABELSTUBE 2025/2026

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 (Vom Rechtsträger auszufüllen):

| | | | |
|----------------|---|---------------|-------------------|
| Bezeichnung | Krabbelstube „EntdeckungsRaum“ des Vereins für Franziskanische Bildung am Standort Grieskirchen | | |
| Straße/Nummer | Wagnleithnerstraße 28 | PLZ/Ort | 4710 Grieskirchen |
| E-Mail-Adresse | Krabbelstube@klinikum-wegr.at | Telefonnummer | 07248/601-6376 |

Angaben zu den aktuellen Öffnungszeiten (Vom Rechtsträger auszufüllen) *:

| | | | | | | | | | |
|--|--|------|-----|-------|------------|-----|------|-----|-------|
| Montag | von | 6:30 | bis | 15:30 | Dienstag | von | 6:30 | bis | 15:30 |
| Mittwoch | von | 6:30 | bis | 15:30 | Donnerstag | von | 6:30 | bis | 15:30 |
| Freitag | von | 6:30 | bis | 15:30 | | | | | |
| Schließzeiten (z.B. Hauptferien, Ostern...) | Weihnachten: 24. Dezember 2025 bis einschließlich 6.Jänner 2026 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: 17.8-31.8.2026 | | | | | | | | |

*Änderungen vorbehalten

Angaben zum Kind:

| | | | | | | | | |
|--|----|--------------------------|------|--|--------------------------|--------------------------|------|--------------------------|
| Familienname | | | | Vorname | | | | |
| Geburtsdatum | | | | SV-Nummer | | | | |
| Geschlecht | m | <input type="checkbox"/> | w | <input type="checkbox"/> | Straße/Nummer | | | |
| PLZ | | | | Ort (Hauptwohnsitz) | | | | |
| gewünschtes Eintrittsdatum | | | | Beeinträchtigungen im Sinne des Oö. Chancengleichheitsgesetzes | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Staatsangehörigkeit | | | | Festgestellt ab wann | | | | |
| Religionsbekenntnis | | | | | | | | |
| Muttersprache | | | | Welche? | | | | |
| Hat das Kind bereits eine Einrichtung besucht? | ja | <input type="checkbox"/> | nein | | <input type="checkbox"/> | | | |

Gewünschte Besuchszeiten des Kindes:

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----|----|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|
| Montag | von | | bis | | Dienstag | von | | bis | | | | | |
| Mittwoch | von | | bis | | Donnerstag | von | | bis | | | | | |
| Freitag | von | | bis | | | | | | | | | | |
| Einnahme des Mittagessens | ja | Mo | <input type="checkbox"/> | Di | <input type="checkbox"/> | Mi | <input type="checkbox"/> | Do | <input type="checkbox"/> | Fr | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Betreuungsbedarf nach 13:00 Uhr | ja | Mo | <input type="checkbox"/> | Di | <input type="checkbox"/> | Mi | <input type="checkbox"/> | Do | <input type="checkbox"/> | Fr | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |

Angaben zur Mutter:

| | | | |
|----------------------|--------------------|--------------------------|-----------|
| Familienname | | Vorname | |
| Telefonnummer | | E-Mail Adresse | |
| Familienstand | | Staatsangehörigkeit | |
| Beschäftigungsausmaß | Vollzeit | <input type="checkbox"/> |Std. |
| | Teilzeit | <input type="checkbox"/> | |
| | Arbeitssuchend | <input type="checkbox"/> | |
| | ohne Beschäftigung | <input type="checkbox"/> | |

Angaben zum Vater:

| | | | |
|----------------------|--------------------|--------------------------|-----------|
| Familienname | | Vorname | |
| Telefonnummer | | E-Mail Adresse | |
| Familienstand | | Staatsangehörigkeit | |
| Beschäftigungsausmaß | Vollzeit | <input type="checkbox"/> |Std. |
| | Teilzeit | <input type="checkbox"/> | |
| | Arbeitssuchend | <input type="checkbox"/> | |
| | ohne Beschäftigung | <input type="checkbox"/> | |

- 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: |
|---------|---------------------------------------|

* Das Datum der Vormerkung ist nicht (ausschließlich) ausschlaggebend für die Vergabe des Platzes.