



## Verein guter Nachbar - Insel Haus der Jugend

Franz Hinterholzer Kai 8 • 5020 Salzburg  
Tel: 0677 63692575 • Mobil: 0650 - 620 1350  
direktion@inselsalzburg.at • www.inselsalzburg.at • [www.stadtferien.at](http://www.stadtferien.at)  
Raika Alpenstraße • IBAN: AT16 3500 0000 4401 8042 • BIC RVSAA2S

# Anmeldung zur Betreuung

Eintrittsdatum:

### **BITTE VOR DEM AUSFÜLLEN UNBEDINGT DURCHLESEN!**

Liebe Eltern,

vielen Dank für Ihr Vertrauen in das Team der Insel. Wir bitten Sie, folgende wichtige Punkte unbedingt zu beachten:

1. Sollten Sie uns wichtige Informationen, die für die qualitative Betreuung Ihres Kindes notwendig sind, verschweigen, behalten wir uns das Recht vor, von dem mit Ihnen abgeschlossenen Betreuungsvertrag zurückzutreten.
2. Sollte von Ihrem Kind ein gruppenschädigendes Verhalten ausgehen behalten wir uns das Recht vor, Ihren Sohn / Ihre Tochter von der Nachmittagsbetreuung der Insel auszuschließen.
3. Bei Bedarf werden wir mit Ihnen eine Probezeit von einem (1) Monat vereinbaren.
4. Bitte teilen Sie uns Krankheiten oder Allergien Ihres Kindes unbedingt mit, damit wir eine optimale Betreuung bei uns auf der Insel gewährleisten können. Hierfür ist Ihre ausdrückliche Zustimmung notwendig.

Kind:

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Schule und Klasse bei Inseleintritt: \_\_\_\_\_ Name des Klassenvorstandes: \_\_\_\_\_

Wie viele Personen wohnen im gleichen Haushalt? \_\_\_\_ davon Erwachsene \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_

### **Krankheiten, Behinderungen, sonderpädagogischer Förderbedarf:**


### **Besondere Essgewohnheiten und Allergien des Kindes:**




## Verein guter Nachbar - Insel Haus der Jugend

Franz Hinterholzer Kai 8 • 5020 Salzburg  
Tel: 0677 63692575 • Mobil: 0650 - 620 1350  
direktion@inselsalzburg.at • www.inselsalzburg.at • [www.stadtferien.at](http://www.stadtferien.at)  
Raika Alpenstraße • IBAN: AT16 3500 0000 4401 8042 • BIC RVSAA2S

### Erziehungsberechtigter:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Verwandschaft zum Kind:  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Art der Berufstätigkeit:  Vollzeit  Teilzeit  \_\_\_\_\_

Hat das Kind einen Amtsvormund:  JA  NEIN

### 2. Kontaktperson: (Falls die/der angegebene erziehungsberechtigte nicht erreichbar ist)

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ EmailAdresse: \_\_\_\_\_

Verwandschaft zum Kind:  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Art der Berufstätigkeit:  Vollzeit  Teilzeit  \_\_\_\_\_

Sind derzeit Geschwister des Kindes in der Insel-Haus der Jugend?	JA	NEIN
---	----	------

Waren bereits Geschwister oder Eltern des Kindes in der Insel?	JA	NEIN
--	----	------

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben. Ich verpflichte mich, etwaige Änderungen dem Sekretariat der Insel Haus der Jugend umgehend mitzuteilen.

Soweit ich Angaben zu Gesundheitsdaten, zur ethnischen/rassischen Herkunft, oder zur Religion gemacht habe, willige ich ausdrücklich in die Verarbeitung dieser personenbezogenen Daten zum Zweck der Abwicklung und Durchführung der Betreuung ein. Meine Einwilligung betreffend die Verarbeitung dieser sensiblen Daten ist jederzeit ohne Angaben von Gründen separat widerrufbar. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung auf Grundlage der Einwilligung bleibt bis zum Widerruf unberührt.

Datum, \_\_\_\_\_ Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_