



Krabbelstubeneinschreibung für 2026/2027



Liebe Eltern!

Wenn Sie Interesse an einem Krabbelstubenplatz für Ihr Kind haben (ab September 2026 oder auch bei einem Einstieg während des Betreuungsjahres 2026/2027), laden wir Sie herzlich ein, zur Anmeldung in die Krabbelstube Roßbach – St. Veit zu kommen.

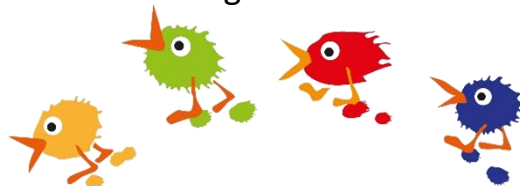
Dienstag, 10. Februar 2026

08:30 bis 11:30 Uhr

Um Wartezeiten zu vermeiden, bitten wir um eine telefonische Terminvereinbarung. Sollten Sie an diesem Tag verhindert sein, ersuchen wir ebenfalls um telefonische Kontaktaufnahme, damit wir einen alternativen Termin vereinbaren können. (07723 / 60 19)

Für eine verbindliche Anmeldung sind folgende Unterlagen mitzubringen

1. Kopie der Geburtsurkunde
2. Kopie der Impfkarte ihres Kindes bzw. Eltern-Kind-Pass
3. Kontodaten (IBAN und BIC)
4. Sozialversicherungsnummern (Kind, Mutter und Vater)
5. Nachweis über die Berufstätigkeit der Eltern



Anna Schmitzberger
(Leitung Krabbelstube)

Franz Bernroither
(Bürgermeister)

Formblatt Anmeldung Krabbelstube

Krabbelstube Roßbach - St. Veit im Innkreis

Adresse: 5273 St. Veit im Innkreis 32

Telefon: 07723 60 19

E-Mail: krabbelstube-rossbach-st.veit@rossbach.ooe.gv.at

Öffnungszeiten: Mo + Mi: 07:00-14:30 , Di + Do: 07:00-15:00 Uhr und Fr: 07:00-13:00



Angaben zum Kind

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht		Straße / Nr.	
PLZ		Ort	
Eintrittsdatum		Beeinträchtigung im Sinne des OÖ. Chancengleichheitsgesetz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit			
Religionsbekenntnis			
Muttersprache		Festgestellt ab wann	
Erstsprache		SV-Nummer	
Geschwisteranzahl		Geburtsjahre	
Hat das Kind bereits eine Einrichtung besucht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche?	
Haus-/Kinderarzt			
Med. Auffälligkeiten (z.B. Asthma, Allergien, Operationen)		Impfungen	<input type="checkbox"/> 6-fach Impfung <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Meningokokken <input type="checkbox"/> Mumps-Masern <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Pneumokokken <input type="checkbox"/> Rotaviren <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> FSME (Zecken) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Gewünschte Besuchszeiten des Kindes

<input type="checkbox"/> Montag	von	bis	Mittagessen	<input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> DO
<input type="checkbox"/> Dienstag	von	bis	Wer übergibt und holt das Kind?	
<input type="checkbox"/> Mittwoch	von	bis		
<input type="checkbox"/> Donnerstag	von	bis	Wer darf das Kind nicht abholen?	
<input type="checkbox"/> Freitag	von	bis	Variabler Betreuungsbedarf	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angaben zur Mutter:

Familiennamen		Vorname	
Geburtsdatum		SV-Nummer	
PLZ		Ort	
StraÙe/Nr.		Telefonnummer	
E-Mail Adresse		Handynummer	
Staatsangehörigkeit		Familienstand	
Beschäftigt bei (Firma)		Beschäftigungsausmaß	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
Adresse		Beschäftigt als (Berufsbezeichnung)	

Angaben zum Vater:

Familiennamen		Vorname	
Geburtsdatum		SV-Nummer	
PLZ		Ort	
StraÙe/Nr.		Telefonnummer	
E-Mail Adresse		Handynummer	
Staatsangehörigkeit		Familienstand	
Beschäftigt bei (Firma)		Beschäftigungsausmaß	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
Adresse		Beschäftigt als (Berufsbezeichnung)	

Kontaktperson (wenn Eltern nicht erreichbar):

Familiennamen		Vorname	
PLZ		Ort	
StraÙe/Nr.		Telefonnummer	
E-Mail Adresse		Handynummer	

Ort und Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

SEPA Lastschrift Mandat

Zahlungsempfänger:	
Creditor-ID: AT93ZZZ00000025034 Gemeinde Roßbach, 5273 Roßbach Nr. 14	
Zahlungspflichtiger:	
Vor- und Familienname	
Anschrift	
Bankinstitut	
BIC	
IBAN	-----
Zahlungsart	<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Lastschrift
Steuernummer (lt. Buchhaltung Gemeinde)	----- (Füllt Gemeinde aus)

Ich ermächtige den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem „Zahlungsempfänger“ auf mein Konto gezogenen SEPA – Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort und Datum

Unterschrift
Kontomäßige Zeichnung

- Arztbestätigung
- Buseinverständniserklärung
- Einverständnis Aktivitäten außer Haus
- Veröffentlichung Bilder/Fotos
- Kaliumjodidtablette