

Anmeldung

für den Besuch
folgender Kinderbetreuungseinrichtung

<input type="checkbox"/>	KINDERGARTEN
<input type="checkbox"/>	KRIPPE

Arzberg 39 8253 Waldbach Tel./ Fax.: 03336/4820 Mobil: 0664/88428745 E-Mail: kiga@waldbach-moenichwald.gv.at
--

ANGABEN ZUM KIND:

FAMILIENNAME	VORNAME	M	W

GEBURTSDATUM	GEBURTSORT	Soz. Vers. Nr.

PLZ	WOHNORT	STRASSE	HAUS-NR

ERSTSPRACHE	STAATSANGEHÖRIGKEIT	RELIGION

HAUSARZT	TEL.NR.:	KINDERARZT	TEL.NR.:

WOHNT BEI: (Eltern, Verwandten, Pflegep..)	
---	--

IMPFUNGEN (Bitte Kopie des Impfpasses beilegen)	<input type="checkbox"/> MASERN	<input type="checkbox"/> TETANUS
	<input type="checkbox"/> ZECKEN	<input type="checkbox"/>

CHRONISCHE KRANKHEITEN, UNVER TRÄGLICHKEITEN , HERZSCHWÄCHE, ALLERGIEN.... ODER SONSTIGES WAS ZU BEACHTEN IST	<input type="checkbox"/> KEINE
	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> _____

BETREUUNGSZEIT	<input type="checkbox"/> HALBTAGS
	<input type="checkbox"/> HALBTAGS MIT MITTAGESSEN
	<input type="checkbox"/> HALBTAGS MIT MITTAGESSEN UND NACHMITTAGSBETREUUNG (die einzelnen Nachmittage können wöchentlich im Kindergarten bzw. Krippe bekanntgegeben werden)
	<input type="checkbox"/>

ABHOLUNG UND BRINGUNG DURCH EIN BUSUNTERNEHMEN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
---	-----------------------------	-------------------------------

WER DARF IHR KIND VOM KINDERGARTEN ABHOLEN (ab 14 Jahren) ?	
--	--

WIE SCHÄTZEN SIE DIE SPRACHKENNTNISSE IHRES KINDES EIN?	<input type="checkbox"/> SEHR GUT	<input type="checkbox"/> GUT
	<input type="checkbox"/> WENIGER GUT	<input type="checkbox"/> BRAUCHT DRINGEND FÖRDERUNG

BEKOMMT BZW. BEKAM IHR KIND FÖRDERUNG?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
--	-----------------------------	-------------------------------

WENN JA, WELCHE?	<input type="checkbox"/> FRÜHFÖRDERUNG	<input type="checkbox"/> LOGOPÄDIE
	<input type="checkbox"/> PYSIOTHERAPIE	<input type="checkbox"/> ERGOTHERAPIE
	<input type="checkbox"/> MOTOTHERAPIE	<input type="checkbox"/> SONSTIGE

KINDERGARTENEINTRITT	
----------------------	--

KINDERGARTENAustrITT	
----------------------	--

IM NOTFALL ZU ERREICHEN (Großeltern, Tante, Firma)	NAME:
	TEL.:
	NAME:
	TEL.:

ANGABEN ZUR MUTTER/ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

FAMILIENNAME	VORNAME	GEBOREN AM
--------------	---------	------------

--	--	--

TITEL	STAATSBÜRGERSCHAFT	TEL/HANDY
-------	--------------------	-----------

--	--	--

PLZ	WOHNORT	STRASSE	HAUS-NR
-----	---------	---------	---------

--	--	--	--

BERUF	EVT. TEL. NUMMER FIRMA	E-Mail ADRESSE:
-------	------------------------	-----------------

--	--	--

BESCHÄFTIGUNGSMASS	<input type="checkbox"/> VOLLBESCHÄFTIGT
	<input type="checkbox"/> TEILBESCHÄFTIGT
	<input type="checkbox"/> KARENZ BIS
	<input type="checkbox"/> IN KEINEM AUFRECHTEM DIENSTVERHÄLTNIS

ANGABEN ZUM VATER /ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

FAMILIENNAME	VORNAME	GEBOREN AM
TITEL	STAATSBÜRGERSCHAFT	TEL/HANDY

PLZ	WOHNORT	STRASSE	HAUS- NR

BERUF	EVT. TEL. NUMMER FIRMA	E-Mail ADRESSE:

BESCHÄFTIGUNGS-AUSMASS	<input type="checkbox"/> 0 VOLLBESCHÄFTIGT
	<input type="checkbox"/> 0 TEILBESCHÄFTIGT
	<input type="checkbox"/> 0 KARENZ BIS
	<input type="checkbox"/> 0 IN KEINEM AUFRECHTEM DIENSTVERHÄLTNIS

GESCHWISTER:

FAMILIENNAME	VORNAME	GEBURTSDATUM

Für die Richtigkeit der Angaben:

.....

Datum

.....

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)