

Anmeldung Kindergarten

Gemeindekindergarten Fraham



Wunsch-Eintrittsdatum:	Eingangsstempel
-------------------------------	-----------------

Gewünschte Kinderbildungs- /betreuungseinrichtung

Bezeichnung	<input type="checkbox"/> Kindergarten Fraham <input type="checkbox"/> Kindergarten Schiferplatz
--------------------	--

Berücksichtigungswürdige Gründe zur Aufnahme:
--

Angaben zum Kind

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum + Ort		SV-Nummer	
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Muttersprache	
Adresse <small>(Hauptwohnsitz)</small>		Staatsangehörigkeit	
PLZ		Religionsbekenntnis	

Beeinträchtigungen im Sinne des Oö. Chancengleichheitsgesetzes	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Festgestellt seit?	
---	--	---------------------------	--

Hat das Kind bereits eine Einrichtung besucht?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Welche?	
Haus-/ Kinderarzt			
Med. Auffälligkeiten, z.B. Asthma, Allergie, Operationen	Impfungen	FSME ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
		Tetanus ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
		Sonstige	
Geschwisterzahl		deren Geburtsjahre	

Gewünschte Besuchszeiten des Kindes									
Montag	von		bis		Dienstag	von		bis	
Mittwoch	von		bis		Donnerstag	von		bis	
Freitag	von		bis		variabler Betreuungsbedarf	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Wer übergibt/holt das Kind?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	--------------------------

Einnahme des Mittagessens	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Montag <input type="checkbox"/>	Donnerstag <input type="checkbox"/>	Dienstag <input type="checkbox"/>	Freitag <input type="checkbox"/>	Mittwoch <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

Angaben zur Mutter

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		SV-Nummer	
Adresse (Hauptwohnsitz)		PLZ u. Ort	
Telefonnummer (privat)		Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet / eingetr. Partnerschaft
E-Mail-Adresse		Beschäftigungsausmaß	Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Stunden
Staatsangehörigkeit		beschäftigt bei (Firma)	
beschäftigt als (Berufsbezeichnung)			

Angaben zum Vater

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		SV-Nummer	
Adresse (Hauptwohnsitz)		PLZ u. Ort	
Telefonnummer (privat)		Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet / eingetr. Partnerschaft
E-Mail-Adresse		Beschäftigungsausmaß	Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Stunden
Staatsangehörigkeit		beschäftigt bei (Firma)	
beschäftigt als (Berufsbezeichnung)			

Angaben zum Erziehungsberechtigten (falls abweichend von Eltern)

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		SV-Nummer	
Adresse (Hauptwohnsitz)		PLZ u. Ort	
Telefonnummer (privat)		Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet / eingetr. Partnerschaft
E-Mail-Adresse		Beschäftigungsausmaß	Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Stunden
Staatsangehörigkeit		beschäftigt bei (Firma)	
beschäftigt als (Berufsbezeichnung)			

Kontaktperson (wenn die Eltern / Erziehungsberechtigten nicht erreichbar sind)

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		Telefonnummer	
Adresse			

Mutter	Vater
<input type="checkbox"/> Zahlungspflichtig <input type="checkbox"/> Alleinerziehend <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigt <input type="checkbox"/> Hauptversichert	<input type="checkbox"/> Zahlungspflichtig <input type="checkbox"/> Alleinerziehend <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigt <input type="checkbox"/> Hauptversichert

Datum	Unterschrift eines Erziehungsberechtigten