

# Anmeldung Krabbelstube

Gemeindekrabbelstube Fraham



<b>Wunsch-Eintrittsdatum:</b>	Eingangsstempel
-------------------------------	-----------------

## Gewünschte Kinderbildungs- /betreuungseinrichtung

<b>Bezeichnung</b>	<input type="checkbox"/> Krabbelstube Fraham <input type="checkbox"/> Krabbelstube Eferding
--------------------	--

<b>Berücksichtigungswürdige Gründe zur Aufnahme:</b>
--

## Angaben zum Kind

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

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

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

<b>Gewünschte Besuchszeiten des Kindes</b>									
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"/>	

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

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

<b>Die Mutter geht arbeiten</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> befindet sich in Aus-/ Weiterbildung (Bestätigung durch AMS)
<b>Der Vater geht arbeiten</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> befindet sich in Aus-/ Weiterbildung (Bestätigung durch AMS)

### Angaben zur Mutter

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

### Angaben zum Vater

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

### Angaben zum Erziehungsberechtigten (falls abweichend von Eltern)

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

### Kontaktperson (wenn die Eltern / Erziehungsberechtigten nicht erreichbar sind)

<b>Familienname</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>		<b>Telefonnummer</b>	
<b>Adresse</b>			

<b>Mutter</b>	<b>Vater</b>
<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

<b>Datum</b>	<b>Unterschrift eines Erziehungsberechtigten</b>