

Anmeldung zum Kindergartenbesuch

Gemeindekindergarten Fraham

Kindergartenbesuch ab: <input type="checkbox"/> September 20____ <input type="checkbox"/> Späterer Monat _____ Jahr _____	Eingangsstempel
Eintrittsdatum*: _____ *) ist vom Rechtsträger auszufüllen	

Berücksichtigungswürdige Gründe für die Aufnahme:

Angaben zum Kind:

Familiename		Vorname	
Geburtsdatum		SV-Nummer	
Geschlecht	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Straße/Nummer	
PLZ		Ort (Hauptwohnsitz)	
		Beeinträchtigungen im Sinne des Oö. Chancengleichheitsgesetzes	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit			
Religionsbekenntnis			
Muttersprache		Festgestellt ab wann	

Besuchzeiten 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"/>		Abholung durch		
Bustransport	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>		Wer übergibt/holt Kind?		
Einnahme des Mittagessens	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"/>	

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

Angaben zum Vater

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		SV-Nummer	
PLZ		Ort (Hauptwohnsitz)	
Straße/Nummer		Telefonnummer	
E-Mail-Adresse		Familienstand	
Staatsangehörigkeit		Beschäftigungsausmaß	Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Std.
beschäftigt bei (Firma)		beschäftigt als (Berufsbezeichnung)	
Adresse		Telefonnummer	

Angaben zur Mutter:

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		SV-Nummer	
PLZ		Ort (Hauptwohnsitz)	
Straße/Nummer		Telefonnummer	
E-Mail-Adresse		Familienstand	
Staatsangehörigkeit		Beschäftigungsausmaß	Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Std.
beschäftigt bei (Firma)		beschäftigt als (Berufsbezeichnung)	
Adresse		Telefonnummer	

Angaben zum Erziehungsberechtigten (falls abweichend von Eltern):

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		SV-Nummer	
PLZ		Ort (Hauptwohnsitz)	
Straße/Nummer		Telefonnummer	
E-Mail-Adresse		Familienstand	
Staatsangehörigkeit		Beschäftigungsausmaß	Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Std.
beschäftigt bei (Firma)		beschäftigt als (Berufsbezeichnung)	
Adresse		Telefonnummer	

Mutter: <input type="checkbox"/> Zahlungspflichtiger <input type="checkbox"/> Alleinerzieher <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigter <input type="checkbox"/> Hauptversicherter	Vater: <input type="checkbox"/> Zahlungspflichtiger <input type="checkbox"/> Alleinerzieher <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigter <input type="checkbox"/> Hauptversicherter
--	---

Kontaktperson (wenn Eltern nicht erreichbar):

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		Telefonnummer	
PLZ		Ort (Hauptwohnsitz)	
Straße/Nummer		E-Mail-Adresse	

Ort und Datum:	Unterschrift eines Elternteils: