



Kindergärten der Gemeinden Arbing, Baumgartenberg, Klam und Saxen

Gemeinsam Spielen – Lernen – Wachsen

Eintritt *:

Austritt *:

*) wird vom Kindergarten ausgefüllt

Formblatt Anmeldung für Kindergarten/Krabbelstube

Angaben zur Anmeldung:

Erstwahl (Die Erstwahl bezieht sich auf den Kindergarten der Wohnortgemeinde):
 Ich melde mein Kind verbindlich für nachfolgenden Kindergarten/Krabbelstube an (bitte ankreuzen).

<input type="checkbox"/> Kindergarten Arbing	<input type="checkbox"/> Kindergarten Baumgartenberg	<input type="checkbox"/> Kindergarten Klam	<input type="checkbox"/> Kindergarten Saxen
--	--	--	---

Zweitwahl:
 Ich melde mein Kind verbindlich für nachfolgenden Kindergarten an (bitte ankreuzen).

<input type="checkbox"/> Kindergarten Arbing	<input type="checkbox"/> Kindergarten Baumgartenberg	<input type="checkbox"/> Kindergarten Klam	<input type="checkbox"/> Kindergarten Saxen
--	--	--	---

Angaben zum Kind:

Familiennamen		Vorname	
Geburtsdatum		SV-Nummer	
Geschlecht	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	Straße/Nummer	
PLZ		Ort (Hauptwohnsitz)	
Eintrittsdatum	Beeinträchtigungen im Sinne des Oö. Chancengleichheitsgesetzes		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit			
Religionsbekenntnis			
Muttersprache	Festgestellt ab wann		
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"/>	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"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/>
Geschwisteranzahl			Geburtsjahre
Hat das Kind bereits eine Einrichtung besucht?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Welche?	
Gemeinsame Obsorge	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	wenn nein? Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/>
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"/>
			lt. MUKI-Pass ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

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	

Kontaktperson (wenn Eltern nicht erreichbar):

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

Gibt es Personen die das Kind nicht abholen dürfen?

Ja	<input type="checkbox"/> Wenn ja, wer? Nachweis erforderlich!	Nein	<input type="checkbox"/>
-----------	---	-------------	--------------------------

Ort und Datum:	Unterschrift eines Erziehungsberechtigten: