



# 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:

<b>Erstwahl (Die Erstwahl bezieht sich auf den Kindergarten der Wohnortgemeinde):</b>			
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
<b>Zweitwahl:</b>			
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:

Familiename				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			
<b>Besuchszeiten des Kindes</b>							
Montag	von		bis		Dienstag	von	
Mittwoch	von		bis		Donnerstag	von	
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?		
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:**

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

**Angaben zur Mutter:**

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

**Angaben zum Erziehungsberechtigten (falls abweichend von Eltern):**

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

**Kontaktperson (wenn Eltern nicht erreichbar):**

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

**Gibt es Personen die das Kind nicht abholen dürfen?**

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

<b>Ort und Datum:</b>	<b>Unterschrift eines Erziehungsberechtigten:</b>