

Anmeldeformular

für das Kindergartenjahr _____

Einrichtung:

| | |
|--|--|
| <p><input type="radio"/> Gemeindekindergarten Neubrunn</p> <p>Neubrunner Straße 7 4860 Lenzing Tel.: 07672/92843 kindergarten.neubrunnerstrasse@lenzing.or.at</p> | <p><input type="radio"/> Gemeindekindergarten Burgstall</p> <p>Am Burgstall 1 4860 Lenzing Tel.: 07672/95441 kindergarten.burgstall@lenzing.or.at</p> |
|--|--|

Kind

| | | |
|---------------------------------|------------------------------------|--|
| Name <input type="text"/> | geboren am <input type="text"/> | Staatsbürgerschaft <input type="text"/> |
| Vorname <input type="text"/> | Religion <input type="text"/> | Erstsprache <input type="text"/> |

Betreuungsform:

| | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> Halbtags</p> <p><input type="checkbox"/> Ganztags</p> <p><input type="checkbox"/> mit Essen</p> | <p>Bustransport: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/></p> <p>Wer überbringt bzw. holt das Kind:</p> <p>Einstiegsstelle:</p> |
|---|---|

Inanspruchnahme: halbtags von 7:00 bis 13:00 Uhr (Abholzeit: 12:20 – 13:00)

Nachmittagsbetreuung (ab 13:00 kostenpflichtig)

Ich benötige folgende Betreuungsform:

2 Nachmittage

3 Nachmittage

5 Nachmittage

Wissenswertes über das Kind:

Hat das Kind schon einmal eine Einrichtung besucht?
 nein ja, welche?

Impfungen:
 lt. Mutterkindpass FSME (Zecken) Sonstige:

Entwicklungsverzögerungen, Sprachprobleme, Auffälligkeiten, Asthma, Allergien, Operationen, Medikamente:

Hausarzt: Tel.:

Sozialvers.Nr.:

Geschwister:

| | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Name/Vorname <input type="text"/> | Geb. Jahr <input type="text"/> | Name/Vorname <input type="text"/> | Geb. Jahr <input type="text"/> |
| Name/Vorname <input type="text"/> | Geb. Jahr <input type="text"/> | Name/Vorname <input type="text"/> | Geb. Jahr <input type="text"/> |

Eltern bzw. erziehungsberechtigte Personen:

Mutter:

Name geboren am Staatsbürgerschaft

Vorname Religion Erstsprache

Familienstand: ledig in einer Lebensgemeinschaft verheiratet Sonstiges:.....

Alleinerzieherin: ja nein Erziehungsberechtigte: ja nein

PLZ: Wohnort: Straße:

E-Mail: Tel.:

Beruf:

Arbeitgeber:..... Vollzeit Teilzeit (Stundenanzahl) nicht berufstätig

Vater:

Name geboren am Staatsbürgerschaft

Vorname Religion Erstsprache

Familienstand: ledig in einer Lebensgemeinschaft verheiratet Sonstiges:.....

Alleinerzieher: ja nein

Erziehungsberechtigter: ja nein

PLZ: Wohnort: Straße:

E-Mail: Tel.:

Beruf:

Arbeitgeber:..... Vollzeit Teilzeit (Stundenanzahl) nicht berufstätig

Kontaktperson, wenn Eltern nicht erreichbar:

Name: Tel.:

Adresse:

 Ort und Datum

 Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

Ärztliche Bestätigung

dient zur Vorlage bei der Kindergartenanmeldung im Gemeindegarten Lenzing

Name des Kindes:..... Geburtsdatum:.....

Straße:..... Nr.:.....

Postleitzahl:..... Ort:.....

Besondere Hinweise betreffend Kindergartenbesuch:

- Ist körperlich (Motorik) und geistig dem Alter entsprechend entwickelt:

.....

- Entwicklungsverzögerungen (Sprache, Motorik, etc.):

.....

- Körperlich wenig belastbar:

.....

- Soll nicht turnen:

.....

- Dauernde Medikamenteneinnahme/Notfallmedikamente:

.....

- Bestehende Allergien:

.....

- Sonstige Bemerkungen:

.....

Ort, Datum

Unterschrift/Bestätigung des Arztes