

# Anmeldeformular

für das Kindergartenjahr \_\_\_\_\_

## Einrichtung:

<p><input type="radio"/> <b>Städtischer Kindergarten Burgstall</b> Am Burgstall 1 4860 Lenzing an der Ager Tel.: 07672/95441 <a href="mailto:kindergarten.burgstall@lenzing.or.at">kindergarten.burgstall@lenzing.or.at</a></p> <p><b>Öffnungszeiten:</b> Montag - Donnerstag 07:00-15:30 Uhr Freitag 07:00-14:30 Uhr</p>	<p><input type="radio"/> <b>Städtischer Kindergarten Neubrunn</b> Neubrunner Straße 7 4860 Lenzing an der Ager Tel.: 07672/92843 <a href="mailto:kindergarten.neubrunnerstrasse@lenzing.or.at">kindergarten.neubrunnerstrasse@lenzing.or.at</a></p> <p><b>Öffnungszeiten:</b> Montag - Donnerstag 07:00-15:30 Uhr Freitag 07:00-14:30 Uhr</p>
---	---

## Kind:

Familienname	Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum
Staatsbürgerschaft	Erstsprache	Religion	

## Betreuungsform:

halbtags (Abholzeit: 12:15 – 13:00) <input type="radio"/> 07:00 - 13:00 Uhr	ganztags (Nachmittagsbetreuung ab 13:00 kostenpflichtig) <input type="radio"/> 2 Nachmittage <input type="radio"/> 3 Nachmittage <input type="radio"/> 5 Nachmittage	Mittagessen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bustransport <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Einstiegsstelle _____	Wer überbringt/holt das Kind? _____

## Wissenswertes über das Kind:

Hat das Kind schon einmal eine Einrichtung besucht? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, diese: _____	
Impfungen <input type="radio"/> lt. Eltern-Kind-Pass <input type="radio"/> FSME (Zecken) <input type="radio"/> Sonstige: _____	
Entwicklungsverzögerungen, Sprachprobleme, Auffälligkeiten, Asthma, Allergien, Operationen, Medikamente? _____	
Sozial-Vers.Nr.	Hausarzt/Telefonnummer

## Geschwister:

Familienname/Vorname	Geburtsjahr	Familienname/Vorname	Geburtsjahr
Familienname/Vorname	Geburtsjahr	Familienname/Vorname	Geburtsjahr

## Eltern bzw. erziehungsberechtigte Personen:

### Angaben zur Mutter

Familienname		Vorname		Geburtsdatum
Staatsbürgerschaft	Erstsprache		Religion	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> in einer Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____				
Alleinerzieherin <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Erziehungsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
PLZ	Wohnort		Straße/Hausnummer	
E-Mail		Telefonnummer		Beruf
Arbeitgeber		Stundenausmaß <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit Stundenanzahl: _____ <input type="checkbox"/> nicht berufstätig		

### Angaben zum Vater

Familienname		Vorname		Geburtsdatum
Staatsbürgerschaft	Erstsprache		Religion	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> in einer Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____				
Alleinerzieherin <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Erziehungsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
PLZ	Wohnort		Straße/Hausnummer	
E-Mail		Telefonnummer		Beruf
Arbeitgeber		Stundenausmaß <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit Stundenanzahl: _____ <input type="checkbox"/> nicht berufstätig		

### Kontaktperson, wenn Eltern nicht erreichbar:

Familienname		Vorname		Telefonnummer
PLZ	Wohnort		Straße/Hausnummer	

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

## Formblatt über die Durchführung ärztlicher Untersuchungen

Angaben zum Kind (von den Eltern/Erziehungsberechtigten auszufüllen):

Nachname: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Sozialversicherungsnummer: .....

Wohnadresse: .....

.....

Eine ärztliche Untersuchung wurde im Rahmen der jeweiligen Mutter-Kind-Pass-Untersuchung (bis zum 6. Lebensjahr) bei oben genanntem Kind durchgeführt.

Der Impfpass wurde kontrolliert     ja     nein

Besondere Hinweise betreffend den Kindergartenbesuch/Krabbelstubenbesuch:

wesentliche Defizite: .....

körperlich wenig belastbar

Entwicklungsverzögerungen (Sprache, Motorik, etc.):

.....

soll nicht turnen

dauernde Medikamenteneinnahme: .....

bestehende Allergien: .....

sonstige Bemerkungen: .....

Dem Kind ist aufgrund seines festgestellten allgemeinen Gesundheitszustandes der Besuch in der Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtung zumutbar.

.....

Ort, Datum

Unterschrift und Stampiglie der Ärztin/des Arztes