Anmeldeformular Krabbelstube

Angaben zum Kind			
Familienname:			Geburtsdatum:
Vorname:			SV Nummer:*
Straße:			PLZ/Ort:
Geschwisterzahl:		Geburtsjahre:(Geschwister)	
Geschlecht:	o m o w o d		
Staatsangehörigkeit:			Religionsbek.:*
Mutter-(Erst-)sprache:			
Hat das Kind bereits eine andere Einrichtung besucht?	ja o nein o		wenn ja, welche:
Hausarzt/Kinderarzt:			
Med. Auffälligkeiten (Allergien, Operation, Asthma,…)			

*optional

Angaben zu den benötigten Betreuungszeiten						
	Vormittag		**Nachmittag**			**Mittagessen**
	von	bis	von	bis		
Montag						ja o nein o
Dienstag						ja o nein o
Mittwoch						ja o nein o
Donnerstag						ja o nein o
Freitag						nein
derzeitige Betreuungszeiten:	07:00	13:00	**nein**	**nein**		
Ab wann soll das Kind die Einrichtung besuchen?						

Angaben Erziehungsberechtigte

1. Elternteil

Familienname:		Straße:
Vorname:		PLZ/Ort:
Email:		
Telefon:		Karenz bis:
Beschäftungsausmaß:	o Vollzeit o Teilzeit Std.	
Firma:		
Beruf:		
erreichbar unter:		
Bestätigung Dienstgeber	Unterschrift und Firmenstempel	

2. Elternteil

Familienname:		Straße:
Vorname:		PLZ/Ort:
Email:		
Telefon:		Karenz bis:
Beschäftungsausmaß:	o Vollzeit o Teilzeit Std.	
Firma:		
Beruf:		
erreichbar unter:		
Bestätigung Dienstgeber	Unterschrift und Firmenstempel	

Weitere Kontaktperson (falls Eltern nicht erreichbar)

Familienname:		Straße:
Vorname:		PLZ/Ort:
Telefon:		Bezug: (Oma, Opa,...)

Sonstige Anmerkungen:

Datum, Ort

Unterschrift

abgegeben am:

auszufüllen von Einrichtung

*Nähere Information zum Datenschutz finden sie unter: www.gemeindeneukirchen.at/Datenschutz; www.aichkirchen.at/Datenschutz