

START:
Email Adresse:

LEBRING - ST. MARGARETHEN

Vor- und Zuname des Kindes:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße/Hausnummer:	Ort:
Religion:	Staatsbürgerschaft:
Muttersprache des Kindes:	Sozialversicherungsnummer:

Hausarzt: _____

Impfungen: _____

Im Notfall zu verständigen (Name+Nummer): _____

Anzahl der Geschwister (Geburtsjahr): _____

Behindert lt. Behindertengesetz: ja nein

Bustransport Früh: ja nein

Bustransport Mittag: ja nein

Mutter

Vater

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Religion:

Staatsbürgerschaft:

Beruf:

- vollzeit
- teilzeit
- arbeitssuchend
- Karenz bis:.....

- vollzeit
- teilzeit
- arbeitssuchend
- Karenz bis:

Tel. privat:

Tel. Arbeitsplatz:

Alleinerzieher: ja

ja

Ich nehme für mein Kind folgende Betriebsform in Anspruch:

- Halbtags (07.00- 13.00 Uhr)
- Ganztags (07.00- 15.00 Uhr)
- Ganztags (07.00- 16.00 Uhr)

Festgelegte Betreuungszeiten von ___:___ Uhr bis ___:___ Uhr

Bei Besuch des Ganztageskindergartens ist darauf zu achten, dass die Aufenthaltsdauer Ihres Kindes das gesetzliche Höchstmaß von täglich 8 Stunden (in begründeten Ausnahmefällen 9 Stunden) in der Einrichtung nicht überschreiten darf.

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Zusatzinformationen zur Anmeldung im Kindergarten

Von wem wird Ihr Kind in den Kindergarten gebracht/ bzw. abgeholt:

Name:

Telefonnummer:

Wer darf das Kind NICHT abholen: _____

Wünsche an den Kindergarten: _____

Errechneter Geburtstermin: _____

Geburtsverlauf:

- normal
- Komplikationen (Frühgeburt, Sauerstoffmangel, Kaiserschnitt...)

Wenn ja, welche: _____

Welche Krankheiten hat Ihr Kind bereits durchgemacht? (z. B. Fieberkrämpfe, ...)

Besonderheiten (z.B. Allergien, Nahrungsunverträglichkeiten)

Welche Medikamente bekommt Ihr Kind:

regelmäßig: _____ im Akutfall: _____

Haben Sie bei Ihrem Kind Auffälligkeiten in der Entwicklung beobachtet:

	Ja	Nein	Ich bin mir nicht sicher
In der Sprache (Satzbildung, Aussprache)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der Bewegung (krabbeln, laufen, klettern...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im Verhalten (Spielverhalten, Kontakt zu anderen Personen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In der Konzentration?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurde ein Sehtest gemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ergebnis: _____
Wurde ein Hörtest gemacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ergebnis: _____
Hat Ihr Kind bereits Frühförderung oder andere Therapien (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie) in Anspruch genommen? Wenn ja, welche?:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Datum der Anmeldung/ Unterschrift des Erziehungsberechtigten: