

# D A T E N B L A T T

Name des Kindes

Geburtsdatum

Notfall-Telefonnummern

Name	Telefonnummer
<input type="text"/>	

Anmeldung für

Kinderkrippe     Kindergarten



## Daten zum Kind:

Zuname Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Hauptwohnsitz

Staatsangehörigkeit

Erstsprache (Muttersprache)

Religionsbekenntnis

Sozialversicherungsnummer

**Chronische Erkrankungen** (z.B. Epilepsie, Asthma, ...)

Ja  Nein *Art der Erkrankung:*

**Bekannte Allergien** (z.B. Nahrungsmittel, Hausstaub, ...) *(nur ärztlich befundete Allergien angeben!)*

Ja  Nein *Art der Allergie:*

**Darf das Kind bestimmte Lebensmittel nicht zu sich nehmen?** (z.B. Schweinefleisch, ...)

Ja  Nein *Anmerkung:*

**Benötigt Ihr Kind einen erhöhten Förder- und Betreuungsaufwand?**

Ja  Nein *Anmerkung:*

**Dürfen dem Kind bei einem Atomunfall Kaliumjodid-Tabletten verabreicht werden?**

Ja  Nein

## Geschwister:

Name

Geburtsjahr

## Daten zu den Obsorgeberechtigten:

Zuname Vorname	Verhältnis zum Kind (Mutter, Vater, Pflegemutter, ...)
<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Familienstand
<input type="text"/>	
Hauptwohnsitz <small>O siehe Kind</small>	Nebenwohnsitz
<input type="text"/>	
Beruf	<input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit
<input type="text"/>	
Telefonnummer 1	Telefonnummer 2
<input type="text"/>	
e-Mail-Adresse	<input type="text"/>

Zuname Vorname	Verhältnis zum Kind (Mutter, Vater, Pflegemutter, ...)
<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Familienstand
<input type="text"/>	
Hauptwohnsitz <small>O siehe Kind</small>	Nebenwohnsitz
<input type="text"/>	
Beruf	<input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit
<input type="text"/>	
Telefonnummer 1	Telefonnummer 2
<input type="text"/>	
e-Mail-Adresse	<input type="text"/>



## Eintrittsdatum

Geplantes Eintrittsdatum:

Tatsächliches Eintrittsdatum (wird von der Institution ausgefüllt!):

## Voraussichtlicher Zeitbedarf

Zu welchen Zeiten wird Ihr Kind voraussichtlich die Kinderkrippe / den Kindergarten besuchen?

- |                                  |                      |     |                      |     |
|----------------------------------|----------------------|-----|----------------------|-----|
| <input type="radio"/> Montag     | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | Uhr |
| <input type="radio"/> Dienstag   | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | Uhr |
| <input type="radio"/> Mittwoch   | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | Uhr |
| <input type="radio"/> Donnerstag | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | Uhr |
| <input type="radio"/> Freitag    | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> | Uhr |

Ich habe die Hausordnung erhalten, gelesen und zur Kenntnis genommen:

Ja

Mein Kind darf von der mobilen Sonderkindergartenpädagogin / vom mobilen Sonderkindergartenpädagogin betreut werden:

Ja  Nein

Ich habe die Datenschutzerklärung erhalten, gelesen, zutreffendes angekreuzt und unterschrieben:

Ja

Ich hab den Bundesländerübergreifenden BildungsRahmenPlan für elementare Bildungseinrichtungen in Österreich zur Kenntnis genommen ( <https://www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/bef/sb/bildungsrahmenplan.html> ):

*O Ja*

Datenblatt wurde ausgefüllt

am: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass jegliche Änderungen (vor allem Telefonnummern!) SOFORT bekanntgegeben werden müssen.

---

*Unterschrift Obsorgeberechtigte/r*

*Unterschrift Obsorgeberechtigte/r*

**Änderungen:**

Datum	Änderung	Unterschrift

