

NÖ. Landeskindergarten

Zuteilung: \_\_\_\_\_

Wunsch: \_\_\_\_\_

**Erledigungsvermerke Gemeinde:**

Formular abgegeben am: \_\_\_\_\_

Weiterleitung Kindergarten am: \_\_\_\_\_  AW \_\_\_\_\_

Aufnahmetermin nach Stichtag  Sept. \_\_\_\_\_  Feb. \_\_\_\_\_

EDV Nr: \_\_\_\_\_ Anlage/Verr. erledigt am: \_\_\_\_\_

**Mein Kind soll zum Stichtag  Sept. 2009  Feb. 2010 beginnen (nach dem 3. Geb.).  
Mein Kind soll beginnen mit  2,5 Jahren  mit 3 Jahren (wegen Berufstätigkeit).**

**Angaben zum Kind:**

Familien- u. Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... in .....

Adresse .....

Staatsbürgerschaft:  Österreich - oder: .....

Religion  röm.kath. - oder: .....

Mitversichert bei:  Mutter  Vater

Versicherungs-Nr. Kind:..... Krankenkasse: .....

**Bisherige Entwicklung:**

Das Kind begann zu sprechen mit (Alter) ..... alleine zu gehen mit (Alter) .....

Ist das Kind tagsüber verlässlich rein (Windeln)?  ja  nein  noch nicht

Spricht das Kind für Fremde verständlich?  ja  nein  noch nicht

Bisherige schwere Krankheiten / Operationen / Allergien / Anfälle:  keine

.....

Wird das Kind regelmäßig von einem Therapeuten / Arzt / Ambulanz betreut?  nein

ja, und zwar .....

Wer betreute das Kind bisher?  Eltern  Mutter  Vater

Großeltern  Tagesmutter  Krippe

Hat das Kind bereits einen anderen Kindergarten besucht?  ja  nein

Geschwister: Anzahl/Geburtsdaten .....

Nach der Eingewöhnung soll das Kind den Kindergarten  nur halbtags bis 13:00 Uhr  
Zeiten für die Nachmittagsbetreuung sind gesondert anzugeben!  ganztags ab 13:00 Uhr besuchen

%

**Angaben zur Mutter:**Alleinerzieher  ja  nein

Name: .....

Geburtsdatum: ..... Telefon: .....

Wohnadresse  wie beim Kind oder: .....Staatsbürgerschaft:  Österreich – oder: .....Beruf: .....Wird der Beruf zur Zeit ausgeübt?  ja  nein  Teilbesch.  Vollbesch.Wenn Ja in der Zeit von ..... Uhr bis ..... Uhr

Beschäftigt bei (Name, Adresse, Telefon): .....

Wenn Nein:Wiedereinstieg in den Beruf geplant?:  ja, ab .....  nein**Angaben zum Vater:**Alleinerzieher  ja  nein

(wenn erziehungsberechtigt)

Name: .....

Geburtsdatum: ..... Telefon: .....

Wohnadresse  wie beim Kind oder: .....Staatsbürgerschaft:  Österreich – oder: .....Beruf: .....Wird der Beruf zur Zeit ausgeübt?  ja  nein  Teilbesch.  Vollbesch.Wenn Ja in der Zeit von ..... Uhr bis ..... Uhr

Beschäftigt bei (Name, Adresse, Telefon): .....

Wenn Nein:Wiedereinstieg in den Beruf geplant?:  ja, ab .....  nein

Das Kind wird voraussichtlich in den Kindergarten gebracht: ..... Uhr (07:00 – 08:30 ?)

Ohne Nachmittagsbetreuung: Das Kind wird abgeholt um: ..... Uhr (11:45 – 13:00 ?)

**Impfpass** Tet. Hep. FSMETeilnahme an: Kariesprophylaxe-Aktion „APOLLONIA 2020“  ja  nein (Zahnarzt)Soll im Notfall eine Kaliumjodidtablette verabreicht werden  ja  nein (Atomunfall)