

Gemeindekindergarten Elixhausen Untergrubstraße 5, 5161 Elixhausen	0662/48021430 kindergartenleitung@elixhausen.at
------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

ANMELDEFORMULAR
Jahr 2023/2024

Daten des Kindes:	
Vor – und Zuname:	
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
PLZ, Ort, Straße:	
Staatsangehörigkeit:	SVNummer:
Muttersprache:	Konfession:
Familienstand der Eltern:	Impfungen: <input type="checkbox"/> lt. Mutter-Kind Pass <input type="checkbox"/> Zecken <input type="checkbox"/>
Besondere Betreuung erforderlich:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besondere Krankheiten: (z.B. Allergien, Diabetes, etc.)*	
Fotofreigabe:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Öffentlichkeitsarbeit (Gemeindezeitung, Zeitungen, Homepage ...) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Elternbriefe, Weitergabe an die Eltern (E-Mail, WhatsApp)

DATEN DER/DES ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN:	Mutter	Vater
Vor- und Zuname:		
Geburtsdatum		
Straße:		
PLZ / Ort:		
Staatsangehörigkeit:		
Konfession:		
Telefonnummer:		
E-Mail-Adresse:		
Karenz: (wenn ja Berufseintritt mit MM/JJJ)		
Beruf:		
Arbeitgeber:		
Wochenarbeitsstunden:		

Gemeindekindergarten Elixhausen
Untergrubstraße 5, 5161 Elixhausen

0662/48021430
kindergartenleitung@elixhausen.at

Gewünschter Betreuungsbeginn:	Verrechnung ergeht an:	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater
Besucht Ihr Kind derzeit eine Betreuungseinrichtung? Wenn ja welche?		
Von welchen Personen darf das Kind abgeholt werden? Name + Beziehungsform (Oma, Tante,..)		
Leichte Beeinträchtigungen: (z.B.: Brillenträger, leichte Seh-/ Hör- und Sprachstörungen, leichte motorische Störungen, chronische Erkrankungen, Allergien, sonstiges)		
Gibt es bereits ein ärztliches- oder psychologisches Gutachten ? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> wird nachgereicht		
Muss das Kind regelmäßige Medikamente einnehmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche: _____		
Ärztliche Anweisung <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> Bereits an Kg. übergeben		
Dürfen an das Kind im Notfall Kaliumjodtabletten verabreicht werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Dürfen beim Kind Zecken vom pädagogischen Personal entfernt werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Durch meine Unterschrift nehme ich die Kindergartenordnung zur Kenntnis und erkläre mich mit dieser und den darin enthaltenen organisatorisch- notwendigen Maßnahmen einverstanden!
Mein Kind darf an allen Bildungsangeboten des Kindergartens teilnehmen!

Folgende **Unterlagen** wurden im Kindergarten vorgelegt bzw. werden bei Bedarf nachgereicht:

- | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde Kind | <input type="checkbox"/> Meldeschein Vater/ Mutter/ Kind |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsbestätigungen Mutter / Vater | <input type="checkbox"/> Sepa-Lastschrift |
| <input type="checkbox"/> ausgefülltes Modulsystem | |

Elixhausen, am _____

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten