

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!!!

Kind

Name: Vorname: SVNr:

Geschlecht: Geb.Dat.:

Wohnadresse: Geb.Ort:

Rel.Bek.:

Staatsbürgerschaft: Erstsprache:

Anwesenheit: Frühdienst (vor 7.30) Halbttag (bis 12.30) Halbttag (bis 13.Uhr)

Mittagessen Nachmittag/Ganztag (ab 13.00)

Gewünschter Kindergartenstart: Wunsch (Gruppe oder Freund)

Erziehungsberechtigte/r:

Mutter

Vater

Nachname:

Vorname:

Geb. Datum:

Tel:

E-Mail:

Rel.Bek. :

Staatsbürgerschaft:

Beschäftigt Ausbildung/AMS Karenz

Beschäftigt Ausbildung/AMS Karenz

Worauf ist bei Ihrem Kind zu achten? (Allergien/...)

Beeinträchtigung lt.Oö

Chancengleichheitsgesetz Ja

Geschwister: Name / Geburtsjahr

Bad Hall, am _____ Unterschrift: _____