

Unverbindliche Vormerkung
 Kindergarten Gössendorf
 Schulstraße 1+2, 8077 Gössendorf



Daten Kind:

Name:		Vorname:
Geburtsdatum:	Errechneter Geburtstermin:	SV Nr:
Wohnanschrift:		
PLZ:		Ort:
Staatsbürgerschaft:		Muttersprache:
Religion:		Lebensmittel, auf die aus religiösen Gründen verzichtet werden soll:

Krankheiten:
Allergien:
Dauer-Medikamente: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche:
Impfungen: Tetanus <input type="checkbox"/> Zecken <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Arzt des Kindes:
Sonstiges:
Entwicklungsverzögerungen (bestehende Frühförderung): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Betreuung:

Betreuung ab:	Jahr:
Halbtagsplatz: <input type="checkbox"/> ja	Ganztagsplatz: <input type="checkbox"/> Ja
Betreuungszeiten:	Betreuungsausmaß in Stunden/Tag:

Daten Eltern:

Mutter:

Vater:

Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
SV Nr:	SV Nr:
Wohnanschrift:	Wohnanschrift:
Gemeinsame Obsorge: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Telefon privat:	Telefon privat:
Telefon dienstlich:	Telefon dienstlich:
Beschäftigt bei:	Beschäftigt bei:
Arbeitszeit: von: bis:	Arbeitszeit: von: bis:
Teilzeit/Vollzeit: <input type="checkbox"/> TZ <input type="checkbox"/> VZ	Teilzeit/Vollzeit: <input type="checkbox"/> TZ <input type="checkbox"/> VZ
Karenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Karenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ende der Karenzzeit:	Ende der Karenzzeit:

Geschwister:

Name:	Geburtsdatum:	Besucht eine Einrichtung in Gössendorf:
Name:	Geburtsdatum:	Besucht eine Einrichtung in Gössendorf:
Name:	Geburtsdatum:	Besucht eine Einrichtung in Gössendorf:
Name:	Geburtsdatum:	Besucht eine Einrichtung in Gössendorf:

Unterschrift des/r Obsorgeberechtigten

Unterschrift der Leitung