



Angaben zur Aufnahme in den Gemeindekindergarten Deutsch Goritz

Angaben zum Kind:

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich / weiblich

PLZ: _____

Wohnanschrift des gemeinsamen Haushaltes (Straße, Hausnr.):

Staatsbürgerschaft: Österreich / Andere: _____

Muttersprache des Kindes: _____

Zweitsprache: _____

Religion: römisch-katholisch, Andere: _____

Behindert lt. Behindertengesetz: ja / nein

Anzahl der Geschwister, für die Familienbeihilfe bezogen wird:
(Kinder, für die ein haushaltsangehöriger Elternteil Familienbeihilfe bezieht)

Anwesenheit (Öffnungszeiten des Kindergartens: 7:00 - 17:00 Uhr):
 vormittags (7-13 Uhr), nachmittags (12-17 Uhr), ganztags (7-17 Uhr)

Vertraglich festgelegte Betreuungszeiten: von __:__ Uhr bis __:__ Uhr

Mittagessen in der Einrichtung: ja / nein

Eingeschrieben ab: _____

Anzahl der täglichen Betreuungsstunden: _____

Pflichtkindergartenjahr: 20__/20__ _____

Im Notfall sollen folgende Personen verständigt werden:

Name: _____ Telefonnummer: _____

Wer bringt und holt das Kind täglich im Kindergarten? Mutter, Vater, Bus
Welche weiteren Personen dürfen das Kind abholen:

Wer darf das Kind nicht abholen:

www.kindergarten-deutsch-goritz.at
kindergarten@deutsch-goritz.at
03474/7106, 0660/8483888
8483 Deutsch Goritz 96

Angaben zu den Eltern:

Alleinerziehende Mutter, Vater, beide Elternteile erziehungsberechtigt

Angaben zur Mutter:

Vorname: _____

Nachname: _____

Telefonnummer: _____

e-Mail Adresse: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Religionsbekenntnis: _____

Beruf: _____

Berufstätigkeit der Mutter: vollzeit, teilzeit,
 geringfügig, arbeitssuchend, Karenz

Angaben zum Vater:

Vorname: _____

Nachname: _____

Telefonnummer: _____

e-Mail Adresse: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Religionsbekenntnis: _____

Beruf: _____

Berufstätigkeit des Vaters: vollzeit, teilzeit,
 geringfügig, arbeitssuchend, Karenz

Angaben zur Berechnung des Elternbeitrages:

monatliches Familiennettoeinkommen:

tatsächlich eingehobener Elternbeitrag:

Die Ermittlung des Einkommens ist nicht möglich
oder (noch) nicht erforderlich

Nachweise zur Berechnung werden abgegeben
 ja / nein

Zusatzinformation zur Anmeldung

Geburtsverlauf: normal, Komplikationen (Frühgeburt, Sauerstoffmangel, Kaiserschnitt, Zungenbändchen, ...)

Wenn ja, welche: _____

Welche Krankheiten hat das Kind bereits durchgemacht (z.B. Fieberkrämpfe, ...)?

Hat das Kind: Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Allergien, Krankheiten, Sonstiges

Wenn ja, welche: _____

Welche Medikamente bekommt ihr Kind:

regelmäßig:

im Akutfall:

Haben Sie bei ihrem Kind Auffälligkeiten in der Entwicklung beobachtet:

In der Sprache (Satzbildung, Aussprache)?

ja / nein / bin mir nicht sicher

In der Bewegung (krabbeln, laufen, klettern, ...)?

ja / nein / bin mir nicht sicher

Im Verhalten (Spielverhalten, Kontakt zu anderen Personen)?

ja / nein / bin mir nicht sicher

In der Konzentration?

ja / nein / bin mir nicht sicher

Wurde ein Sehtest gemacht? ja / nein Ergebnis:

Wurde ein Hörtest gemacht? ja / nein Ergebnis:

Hat Ihr Kind bereits Frühförderung oder andere
Therapien (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie)
in Anspruch genommen? Wenn ja, welche:

Besteht Interesse, über die Kindergartenpädagogin
Kontakt mit dem IZB-Team Integrative
Zusatzbetreuung) aufzunehmen? ja / nein

Datum der Anmeldung: _____

Wünsche an den Kindergarten:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten:
