



EVIDENZBLATT

Kindergartenjahr

2023 / 2024

KIND:

Familienname _____

Vorname/n _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Erstsprache _____ Religion _____

Staatsangehörigkeit _____ Sozialversicherungsnummer: _____

BETREUUNGSFORM:

Halbtags (bis max. 13 Uhr)

Halbtags mit Essen (bis max. 13 Uhr)

Ganztags

(Mo.-Do. bis max. 17 Uhr / Fr. bis max. 16 Uhr)

KINDERGARTENBUS (KOSTENPFLICHTIG)

Eintrittsdatum

Notfallnummer/n

Mutter:

Vater:

Sonstige:

E-Mail-Adresse



MUTTER

Familienname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Sozialversicherungsnummer: _____

Adresse wie Kind _____

Familienstand _____ Beruf _____

Arbeitgeber _____ Vollzeit Teilzeit

Nationalität _____ Erstsprache _____ Asyl: _____

VATER

Familienname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Sozialversicherungsnummer: _____

Adresse wie Kind _____

Familienstand _____ Beruf _____

Arbeitgeber _____ Vollzeit Teilzeit

Nationalität _____ Erstsprache _____ Asyl: _____

OBSORGEBERECHTIGT

GESCHWISTER

Name _____

Geburtsjahr _____

Name _____

Geburtsjahr _____

Name _____

Geburtsjahr _____

Name _____

Geburtsjahr _____



Abholberechtigte

**Wer darf das Kind
nicht abholen?**

Informationen

Allergien

bisherige Krankheiten

Krippenbesuch J N von bis

Hausarzt

Tagesmutter J N

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind:

- die unterstützenden Angebote der Fachkräfte des Mobilien Dienstes (Logopädin, Sonderkindergärtnerin, Psychologin) zur bestmöglichen Förderung in Anspruch nimmt (Entwicklungseinschätzungen, Abklärungen, Förderungen) J N
- im Rahmen der Schulvorbereitung im letzten Kindergartenjahr mit der VS Pinkafeld zusammenarbeitet und diesbezüglich ein Informationsaustausch stattfindet J N
- an religiösen Aktivitäten und religiösen Festen teilnehmen darf J N
- im Falle eines Reaktorunfalles Kalium – Jodid Tabletten verabreicht bekommt J N
- Fotografiert/gefilmt werden darf und die Aufnahmen veröffentlicht werden dürfen J N

Datum _____

Unterschrift _____