A-7423 Pinkafeld, Franz-Liszt-Gasse 40
Tel.:03357/42739 oder 0676/849355800
kindergarten@pinkafeld.bgld.gv.at
www.kindergarten-pinkafeld.at

Kindergartenjahr
2024 / 2025

EVIDENZBLATT

KIND:

Familienname _____ ☐ männlich

Vorname/n _____ ☐ weiblich

Geburtsdatum _____

Adresse _____

_____

Erstsprache_____ Religion_____

Staatsangehörigkeit_____

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

A-7423 Pinkafeld, Franz-Liszt-Gasse 40
Tel.:03357/42739 oder 0676/849355800
kindergarten@pinkafeld.bgld.gv.at
www.kindergarten-pinkafeld.at

MUTTER

Familienname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse ☐ wie Kind _____

Familienstand_____ Beruf _____

Arbeitgeber_____

Nationalität _____

VATER

Familienname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse ☐ wie Kind _____

Familienstand_____ Beruf _____

Arbeitgeber_____

Nationalität _____

OBSORGEBERECHTIGT

_____

_____

GESCHWISTER

Name _____ Geburtsjahr_____
Name _____ Geburtsjahr_____
Name _____ Geburtsjahr_____
Name _____ Geburtsjahr_____

A-7423 Pinkafeld, Franz-Liszt-Gasse 40
Tel.:03357/42739 oder 0676/849355800
kindergarten@pinkafeld.bgld.gv.at
www.kindergarten-pinkafeld.at

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 Mobilen 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_____