



# EVIDENZBLATT

Kindergartenjahr

**2026 / 2027**

## KIND:

Familienname \_\_\_\_\_

☐ männlich

Vorname/n \_\_\_\_\_

☐ weiblich

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Erstsprache \_\_\_\_\_

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



## **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 \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_



**Abholberechtigte**

**Wer darf das Kind nicht abholen?**

**Informationen**

Allergien

bisherige Krankheiten

Krippenbesuch ☐ J ☐ N

Hausarzt

**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

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_