



A-7423 Pinkafeld, Franz-Liszt-Gasse 40

Tel.:03357/42739 oder 0676/849355800

kindergarten@pinkafeld.bgld.gv.at

www.kindergarten-pinkafeld.at

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



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 _____

Name _____

Name _____

Name _____



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

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 _____