

Anmeldung für die Kindergartengruppe im KRAKI

Angaben zur Kinderbetreuungseinrichtung:

Bezeichnung	Gemeinde- krabbelstube	Statistische Kennzahl	407112
		Straße/Nummer	Hauptstraße 43a
PLZ	4644	Ort	Scharnstein
E-Mail: kraki@almtal.net		Telefonnummer	07615/250725

Angaben zu den Öffnungszeiten:

Montag	von	7.00	bis	13.00	Dienstag	von	7.00	bis	13.00
Mittwoch	von	7.00	bis	13.00	Donnerstag	von	7.00	bis	13.00
Freitag	von	7.00	bis	13.00					

Schließzeiten <small>(z.B. Hauptferien, Osterferien)</small>	Weihnachtsferien, Osterferien (Karwoche), 2 Wochen im August
--	--

Angaben zum Kind:

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		SV - Nr.	
Geschlecht	M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>	Straße/Nummer	
PLZ		Ort/ Hauptwohnsitz	
Staatsangehörigkeit		Beeinträchtigungen im Sinne des OÖ Chancengleichheitsgesetzes	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Religionsbekenntnis			
Muttersprache		Festgestellt ab wann	

Besuchszeiten des Kindes

MO <input type="checkbox"/>	DI <input type="checkbox"/>	MI <input type="checkbox"/>	DO <input type="checkbox"/>	FR <input type="checkbox"/>
------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

		gewünschtes Eintrittsdatum	
Wer, außer den Eltern, ist berechtigt, das Kind zu bringen/abzuholen:		Bustransport	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
			morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/>
Einnahme des Mittagessens	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	MO <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/>	

Geschwisteranzahl		Geburtsjahre	
--------------------------	--	---------------------	--

Hat das Kind bereits eine Einrichtung besucht?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
---	---

Welche?	
----------------	--

Haus-/Kinderarzt	
-------------------------	--

Med. Auffälligkeiten, z.B. Asthma, Allergien, Operationen		Impfungen FSME	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
		Tetanus	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
		Sonstige	

Angaben zum Vater:			
Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		SV - Nr.	
PLZ		Ort/ Hauptwohnsitz	
Straße/Nummer		Telefonnummer	
E-Mail-Adresse		Familienstand	
Staatsangehörigkeit		Beschäftigungs- ausmaß	Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Std.
beschäftigt bei: <small>(Firma)</small>		beschäft als <small>(Berufsbezeichnung)</small>	
Adresse:		Tel.:	
Angaben zum Mutter:			
Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		SV - Nr.	
PLZ		Ort/ Hauptwohnsitz	
Straße/Nummer		Telefonnummer	
E-Mail-Adresse		Familienstand	
Staatsangehörigkeit		Beschäftigungs- ausmaß	Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Std.
beschäftigt bei: <small>(Firma)</small>		beschäft als <small>(Berufsbezeichnung)</small>	
Adresse:		Tel.:	
Angaben zum Erziehungsberechtigten (falls abweichend von Eltern):			
Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		SV - Nr.	
PLZ		Ort/ Hauptwohnsitz	
Straße/Nummer		Telefonnummer	
E-Mail-Adresse		Familienstand	
Staatsangehörigkeit		Beschäftigungs- ausmaß	Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Std.
beschäftigt bei: <small>(Firma)</small>		beschäft als <small>(Berufsbezeichnung)</small>	
Adresse:		Tel.:	
Kontaktperson: (Wenn Eltern nicht erreichbar)			
Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		Telefonnummer	
PLZ		Ort/ Hauptwohnsitz	
Straße/Nummer		E-Mail-Adresse	
Ort und Datum		Unterschrift eines Elternteils:	