

KINDERGARTEN



KINDERGARTEN SCHÄRDING
SCHLOSSHOF 1
4780 SCHÄRDING
T 07712 3154 710

JOHANNA.REISECKER@SCHAERDING.OOE.GV.AT

ANMELDUNG 2023/2024

Öffnungszeiten: Halbtags: Montag bis Freitag: 06.45 Uhr bis 12.15 Uhr
Ganztags: Montag bis Donnerstag: 06.45 Uhr bis 16.15 Uhr
Freitag: 06.45 Uhr bis 14.00 Uhr

Gewünschte Aufnahme (Datum):

Betreuungsform:	halbtags: <input type="checkbox"/>	ganztags: <input type="checkbox"/>	Mittagessen: <input type="checkbox"/>
Bustransport:	ja: <input type="checkbox"/>	nein: <input type="checkbox"/>	Wer übergibt bzw. holt das Kind?

ANGABEN ZUM KIND

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum/Geburtsort:
männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>	
Wohnadresse:	Religion:	
	Staatsbürgerschaft/Muttersprache:	
Versicherungsnummer des Kindes:	Geschwisteranzahl, Geburtsjahre:	

WISSENSWERTES ÜBER DAS KIND

Hat das Kind schon eine Einrichtung besucht?	ja: <input type="checkbox"/>	nein: <input type="checkbox"/>	Welche?

ZAHLUNGSPFLICHTIGER

Nachname:	Vorname:
IBAN:	BIC:
Bankinstitut:	

ANGABEN ZUR MUTTER

Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:	
PLZ:	Ort:	Straße/Hausnummer:	
1. Telefonnummer:	2. Telefonnummer		
Familienstand:	Staatsbürgerschaft:		
beschäftigt als:	beschäftigt bei (Firma):	Vollzeit:	Teilzeit:
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANGABEN ZUM VATER

Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:	
PLZ:	Ort:	Straße/Hausnummer:	
1. Telefonnummer:	2. Telefonnummer		
Familienstand:	Staatsbürgerschaft:		
beschäftigt als:	beschäftigt bei (Firma):	Vollzeit:	Teilzeit:
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KONTAKTPERSON (WENN ELTERN NICHT ERREICHBAR)

Familienname:	Vorname:		
PLZ:	Ort:	Straße/Hausnummer:	
Telefonnummer:			

ANMERKUNGEN

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit aller Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

Beilagen:

- 1 Geburtsurkunde oder Geburtsbescheinigung des Kindes
- Formblatt über die Durchführung ärztlicher Untersuchungen