

KRABELSTUBE



KRABELSTUBE SCHÄRDING
SCHLOSSHOF 1
4780 SCHÄRDING
T 07712 3154 710

JOHANNA.REISECKER@SCHAERDING.OOE.GV.AT

ANMELDUNG 2023/2024

Öffnungszeiten: Halbtags: Montag bis Freitag: 6.45 Uhr bis 12.15 Uhr
Ganztags: Montag bis Donnerstag: 6.45 Uhr bis 16.00 Uhr
Freitag: 6.45 Uhr bis 14.00 Uhr

Gewünschte Aufnahme (Datum):

ANGABEN ZUM KIND:

| | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-------------|
| Nachname: | Vorname: | Geburtsdatum/Geburtsort: | |
| männlich <input type="checkbox"/> | weiblich <input type="checkbox"/> | | |
| Wohnadresse: | Religion: | | |
| | Staatsbürgerschaft/Muttersprache: | | |
| | Geschwisteranzahl/Geburtsjahre: | | |
| Versicherungsnummer des Kindes: | | | |
| Inanspruchnahme (bitte eintragen): | | | |
| | von | bis | Mittagessen |
| Montag | | | |
| Dienstag | | | |
| Mittwoch | | | |
| Donnerstag | | | |
| Freitag | | | |

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"/> |
| Von wem wird das Kind abgeholt: Name: | | | |
| Anmerkungen: | | | |

KONTAKTPERSON (WENN ELTERN NICHT ERREICHBAR)

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

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit aller Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

Beilagen:

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