

Unverbindliche Vormerkung  
 Kindergarten Gössendorf  
 Schulstraße 1+2, 8077 Gössendorf



## Daten Kind:

Name:		Vorname:
Geburtsdatum:	Errechneter Geburtstermin:	SV Nr:
Wohnanschrift:		
PLZ:		Ort:
Staatsbürgerschaft:		Muttersprache:
Religion:		Lebensmittel, auf die aus religiösen Gründen verzichtet werden soll:

Krankheiten:
Allergien:
Dauer-Medikamente: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      welche:
Impfungen: Tetanus <input type="checkbox"/> Zecken <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Arzt des Kindes:
Sonstiges:
Entwicklungsverzögerungen ( bestehende Frühförderung): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## Betreuung:

Betreuung ab:	Jahr:
Halbtagsplatz: <input type="checkbox"/> ja	Ganztagsplatz: <input type="checkbox"/> Ja
Betreuungszeiten:	Betreuungsausmaß in Stunden/Tag:

# Daten Eltern:

## Mutter:

## Vater:

Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
SV Nr:	SV Nr:
Wohnanschrift:	Wohnanschrift:
Gemeinsamer Haushalt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Telefon privat:	Telefon privat:
Telefon dienstlich:	Telefon dienstlich:
Beschäftigt bei:	Beschäftigt bei:
Arbeitszeit: von:                      bis:	Arbeitszeit: von:                      bis:
Teilzeit/Vollzeit: <input type="checkbox"/> TZ <input type="checkbox"/> VZ	Teilzeit/Vollzeit: <input type="checkbox"/> TZ <input type="checkbox"/> VZ
Karenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Email:
Ende der Karenzzeit:	Email:

## Geschwister:

Name:	Geburtsdatum:	Besucht eine Einrichtung in Gössendorf:
Name:	Geburtsdatum:	Besucht eine Einrichtung in Gössendorf:
Name:	Geburtsdatum:	Besucht eine Einrichtung in Gössendorf:
Name:	Geburtsdatum:	Besucht eine Einrichtung in Gössendorf:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern/Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Leitung