



Gemeindekindergarten Roßbach

5273 Roßbach Nr. 50

Telefon: 07724 81 10 – 22

E-Mail: kindergarten@rossbach.ooe.gv.at



Kindergarteneinschreibung für 2026/2027

Wenn Sie Interesse an einem Kindergartenbesuch für Ihr Kind im Kindergartenjahr 2026/27 haben, dürfen wir Sie einladen, zur Anmeldung in den Kindergarten Roßbach zu kommen. Bitte Ihr Kind auch anmelden, falls Sie erst ab Jänner oder Semester 2027 Interesse haben!

MITTWOCH, 18.02.2026 → ab 13:00 Uhr

Um Wartezeiten zu vermeiden, bitten wir um eine telefonische Rückmeldung damit wir uns einen Termin ausmachen können. Sollten Sie an diesem Tag verhindert sein, bitten wir ebenso um einen Anruf, damit wir uns einen anderen Termin ausmachen können - 07724 / 81 10 22.

Für eine verbindliche Anmeldung sind folgende Unterlagen mitzubringen

1. Kopie der Geburtsurkunde
2. Kopie der Impfkarte ihres Kindes bzw. Mutter-Kind-Pass
3. Kontodaten (IBAN und BIC)
4. Sozialversicherungsnummern (Kind, Mutter und Vater)
5. Auszufüllendes Formular (liegt bei)

Freundliche Grüße

Hintermaier Sabrina

Sabrina Hintermaier
(Kindergartenleitung)

Franz Bernroither

Franz Bernroither
(Bürgermeister)

Formblatt Anmeldung Kindergarten

Angaben zur Kinderbetreuungseinrichtung (Kindergarten Roßbach)

Adresse: 5273 Roßbach Nr. 50

Telefon: 07724 81 10 -22

E-Mail: kindergarten@rossbach.ooe.gv.at

Öffnungszeiten: Mo-Do: 07:00-15:30 Uhr und Fr: 07:00-12:30 Uhr



Angaben zum Kind			
Familienname		Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum	
Straße / Nr.		Geburtsort	
PLZ, Ort		SV-Nummer	
Eintrittsdatum		Beeinträchtigung im Sinne des OÖ. Chancengleichheitsgesetz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit			
Religionsbekenntnis		Festgestellt ab wann:	
Muttersprache		Welche?	
Hat das Kind bereits eine Einrichtung besucht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche?	
Geschwisteranzahl		deren Geburtsjahre	
Haus-/ Kinderarzt			
Med. Auffälligkeiten (z.B. Asthma, Allergien, Operationen)		Impfungen	<input type="checkbox"/> 6-fach Impfung <input type="checkbox"/> Pneumokokken <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> Rotaviren <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Keuchhusten <input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Meningokokken <input type="checkbox"/> FSME (Zecken) <input type="checkbox"/> Mumps-Masern <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> _____

Gewünschte Besuchszeiten des Kindes			
<input type="checkbox"/> Montag	von	bis	Mittagessen <input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> DO
<input type="checkbox"/> Dienstag	von	bis	Wer übergibt und holt das Kind?
<input type="checkbox"/> Mittwoch	von	bis	
<input type="checkbox"/> Donnerstag	von	bis	Wer darf das Kind nicht abholen?
<input type="checkbox"/> Freitag	von	bis	Variablem Betreuungsbedarf <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bus	<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEIN

Angaben zur Mutter:			
Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		SV-Nummer	
PLZ		Ort	
Straße/Nr.		Telefonnummer	
E-Mail-Adresse		Handynummer	
Staatsangehörigkeit		Familienstand	
Beschäftigt bei (Firma)		Beschäftigungsausmaß	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ Std.
Beschäftigt als (Berufsbezeichnung)			
Adresse		Telefonnummer	
Angaben zum Vater:			
Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		SV-Nummer	
PLZ		Ort	
Straße/Nr.		Telefonnummer	
E-Mail-Adresse		Handynummer	
Staatsangehörigkeit		Familienstand	
Beschäftigt bei (Firma)		Beschäftigungsausmaß	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ Std.
Beschäftigt als (Berufsbezeichnung)			
Adresse		Telefonnummer	
Kontaktperson (wenn Eltern nicht erreichbar):			
Familienname		Vorname	
PLZ		Geburtsdatum	
Ort		Telefonnummer	
Straße/Nr.		Handynummer	

Ort und Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

SEPA Lastschrift Mandat

Zahlungsempfänger:	
Creditor-ID: AT93ZZZ00000025034 Gemeinde Roßbach, 5273 Roßbach Nr. 14	
Zahlungspflichtiger:	
Vor- und Familienname	
Anschrift	
Bankinstitut	
BIC	
IBAN	- - - - -
Zahlungsart	<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Lastschrift
Steuernummer (lt. Buchhaltung Gemeinde)	- - - - - (Füllt Gemeinde aus)

Ich ermächtige den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem „Zahlungsempfänger“ auf mein Konto gezogenen SEPA – Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort und Datum

Unterschrift
Kontomäßige Zeichnung