

# Formblatt Anmeldung Krabbelstube

Angaben zum Kind			
Familienname		Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum	
Straße / Nr.		Geburtsort	
PLZ		SV-Nummer	
Ort		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	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			
Geplanter Arbeitsbeginn		Gewünschtes Eintrittsdatum	
<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 <b>nicht</b> abholen?	
<input type="checkbox"/> Freitag	von            bis	Variabler Betreuungsbedarf	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<b>Angaben zur Mutter:</b>			
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	
<b>Angaben zum Vater:</b>			
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	
<b>Kontaktperson (wenn Eltern nicht erreichbar):</b>			
Familienname		Vorname	
PLZ		Geburtsdatum	
Ort		Telefonnummer	
Straße/Nr.		Handynummer	

---

Ort und Datum

---

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten