

**Marktgemeinde Gratkorn**

8101 Gratkorn – Dr. Karl Renner-Straße 47

Telefon: +43 (03124) 22 2 01 - 0

Fax: +43 (03124) 22 2 01 – 529

Mail: [mg.gratkorn@mggratkorn.at](mailto:mg.gratkorn@mggratkorn.at)

# Anmeldung für den Kindergarten

## 1. ANGABEN ZUM KIND

|   |     |               |  |                            |                          |                         |                |
|---|-----|---------------|--|----------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------|
| FAMILIENNAME  |     | VORNAME       |  | M                          | W                        | GEBURTSDATUM            | SOZIALVERS.NR. |
|   |     |               |  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                         |                |
| PLZ   | ORT | STRASSE       |  |                            | HAUS-NR.                 |                         |                |
|   |     |               |  |                            |                          |                         |                |
| ERSTSPRACHE:  |     |               |  |                            |                          |                         |                |
|   |     |               |  |                            |                          |                         |                |
| STAATSBÜRGERSCHAFT  |     | HERKUNFTSLAND |  | RELIGION                   |                          | GESCHWISTER IM HAUSHALT |                |
|   |     |               |  |                            |                          |                         |                |
| BESONDERE KRANKHEITEN ODER ALLERGIEN:   |     |               |  | BEHINDERUNG:               |                          |                         |                |
|   |     |               |  | FRÜHFÖRDERUNG:             |                          |                         |                |
| MEDIKAMENTE DIE IM KINDERGARTEN ZU VERABREICHEN SIND:<br>(Bitte Arztbrief beilegen) |     |               |  | ABHOLUNG DES KINDES DURCH: |                          |                         |                |
|   |     |               |  |                            |                          |                         |                |

## 2. ANGABEN ZUR MUTTER / 1. ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

|  |   |              |                                     |                |   |               |  |
|--|---|--------------|-------------------------------------|----------------|---|---------------|--|
| TITEL FAMILIENNAME   |   | TITEL NACHG. | VORNAME                             |                | GEBURTSDATUM  |               |  |
|  |   |              |                                     |                |   |               |  |
| PLZ  | ORT   | STRASSE      |                                     |                | HAUS-NR.  | HERKUNFTSLAND |  |
|  |   |              |                                     |                |   |               |  |
| TELEFONNUMMER/ HANDYNUMMER                                       |   |              |                                     | E-MAIL ADRESSE |   |               |  |
|  |   |              |                                     |                |   |               |  |
| ADRESSE U. TELEFONNUMMER DES DIENSTGEBERS / D. AUSBILDUNGSSTÄTTE |   |              |                                     |                | BESCHÄFTIGUNGS-AUSMASS  |               |  |
|  |   |              |                                     |                | <input type="checkbox"/> VOLLBESCHÄFTIGUNG<br><input type="checkbox"/> TEILZEITBESCHÄFTIGUNG<br><input type="checkbox"/> KARENZ BIS<br><input type="checkbox"/> NICHT IN AUFRECHEM DIENSTVERHÄLTNIS bzw. KINDERGELDBEZIEHERIN |               |  |
| AKTUELLER FAMILIENSTAND  |   |              |                                     |                |   |               |  |
| <input type="checkbox"/> LEDIG                                   | <input type="checkbox"/> EINGETRAGENE PARTNERSCHAFT |              | <input type="checkbox"/> GESCHIEDEN |                |   |               |  |
| <input type="checkbox"/> VERHEIRATET                             | <input type="checkbox"/> IN LEBENSGEMEINSCHAFT      |              |                                     |                |   |               |  |
| <input type="checkbox"/> VERWITWET                               | <input type="checkbox"/> GETRENNT LEBEND            |              | ALLEIN ERZIEHEND                    |                |   |               |  |
| IM NOTFALL IST ZUSÄTZLICH ZU KONTAKTIEREN:                       |   |              |                                     |                |   |               |  |
| TELEFONNUMMER/ HANDYNUMMER:                                      |   |              |                                     |                |   |               |  |
|  |   |              |                                     |                |   |               |  |

| 3. ANGABEN ZUM VATER / 2. ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN   |     |              |                |  |
|--|-----|--------------|----------------|--|
| TITEL FAMILIENNAME   |     | TITEL NACHG. | VORNAME        | GEBURTSDATUM   |
|  |     |              |                |  |
| PLZ  | ORT | STRASSE      |                | HAUS-NR.    HERKUNFTSLAND  |
|  |     |              |                |  |
| TELEFONNUMMER/ HANDYNUMMER   |     |              | E-MAIL ADRESSE |  |
|  |     |              |                |  |
| ADRESSE U. TELEFONNUMMER DES DIENSTGEBERS / D. AUSBILDUNGSSTÄTTE   |     |              |                | BESCHÄFTIGUNGSMASS   |
|  |     |              |                | <input type="checkbox"/> VOLLBESCHÄFTIGUNG<br><input type="checkbox"/> TEILZEITBESCHÄFTIGUNG<br><input type="checkbox"/> KARENZ BIS<br><input type="checkbox"/> NICHT IN AUFRECHTEM DIENSTVERHÄLTNIS bzw. KINDERGELDBEZIEHER |
| AKTUELLER FAMILIENSTAND  |     |              |                |  |
| <input type="checkbox"/> LEDIG <input type="checkbox"/> EINGETRAGENE PARTNERSCHAFT <input type="checkbox"/> GESCHIEDEN<br><input type="checkbox"/> VERHEIRATET <input type="checkbox"/> IN LEBENSGEMEINSCHAFT<br><input type="checkbox"/> VERWITWET <input type="checkbox"/> GETRENNT LEBEND |     |              |                |  |

| 4. ANGABEN ZUR KINDERBETREUUNGSEINRICHTUNG   |   |                               |
|--|---|-------------------------------|
| ICH BRAUCHE FÜR MEIN KIND FOLGENDE BETREUUNG (DIE ZEITANGABE IST VERBINDLICH EINZUHALTEN)  |   |                               |
| <input type="checkbox"/> GANZTÄGIG MIT ESSEN<br><input type="checkbox"/> 8 Stunden<br><input type="checkbox"/> 10 Stunden (Bestätigung erforderlich) | <input type="checkbox"/> HALBTÄGIG (6 Std.) OHNE ESSEN (07:00 Uhr bis 13:00 Uhr)  | BRINGZEIT:<br><br>ABHOHLZEIT: |
|  |   |                               |
| VON WEM WIRD DAS KIND DERZEIT BETREUT:   | <input type="checkbox"/> TAGESMUTTER/-VATER <input type="checkbox"/> KINDERHAUS<br><input type="checkbox"/> KINDERGARTEN <input type="checkbox"/> ELTERN<br><input type="checkbox"/> KINDERKRIPPE <input type="checkbox"/> PRIVAT |                               |

| 5. BESTÄTIGUNG UND UNTERSCHRIFT DES / DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN                    |                                   |
|---|-----------------------------------|
| Ich   | bestätige mit meiner Unterschrift |
|  |                                   |
|    |                                   |

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT