

Angaben zum Kind								
Familienname des Kindes		Vorname		m	w	Geburtsdatum	SV Nr.	
PLZ	Ort	Straße/Nr.			Staatsb.	Geschwister		
Erstsprache ihres Kindes					Ist ihr Kind gegen Masern geimpft?			
Sprachkenntnisse Ihres Kindes					<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> weniger gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> braucht Förderung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bekommt/braucht ihr Kind dzt. Förderung?					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, welche Förderung bekommt ihr Kind					<input type="checkbox"/> Frühförderung <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Mototherapie <input type="checkbox"/> Andere			

Angaben zur Mutter/Erziehungsberechtigten					
Familienname		Vorname		Geburtsdatum	Herkunftsland
PLZ	Ort	Straße/Nr.		Tel. Nr.	
Alleinerziehend	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	E-Mailadresse			
Name des Arbeitgebers					
Beschäftigungsausmaß					
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit Anz. Stunden/Woche _____ <input type="checkbox"/> In Ausbildung <input type="checkbox"/> Karenz bis _____					

Angaben zum Vater/Erziehungsberechtigten					
Familienname		Vorname		Geburtsdatum	Herkunftsland
PLZ	Ort	Straße/Nr.		Tel. Nr.	
Alleinerziehend	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	E-Mailadresse			
Name des Arbeitgebers					
Beschäftigungsausmaß					
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit Anz. Stunden/Woche _____ <input type="checkbox"/> In Ausbildung <input type="checkbox"/> Karenz bis _____					

Betreuungsbedarf	Geschwister in der Einrichtung
<input type="checkbox"/> Halbttag ohne Mittagessen 13:00 Uhr <input type="checkbox"/> Ganzttag mit Mittagessen 15:00 Uhr <input type="checkbox"/> Ganzttag mit Mittagessen 17:00 Uhr Betreuungsbedarf ab (wenn nicht Sep): _____	Ihr Kind hat im nächsten Betreuungsjahr Geschwister in der Einrichtung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Name _____
Bei Bedarf bitte ausfüllen: <input type="checkbox"/> KIGA Schulgasse <input type="checkbox"/> KIGA Villa Kunterbunt Anmerkung: _____	

Bus für KIGA
Ich benötige voraussichtlich den Transport mit dem Kindergartenbus <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein

Ich erkläre, dass die obigen Angaben von mir überprüft wurden, der Wahrheit entsprechen und vollständig sind.

 Datum und Unterschrift des Erziehungsberechtigten
 Erstellt: KPL Fassolder, KPL Kleinförchner
 Stand: 01/2021

 Datum und Unterschrift Leitung der Einrichtung