

Vormerkung Krabbelstube Schalchen

Betreuungsbeginn: _____

Vor Betreuungsbeginn ist eine Eingewöhnungszeit von 2 bis 4 Wochen mit einzurechnen.

Angaben zum Kind:

Familienname		Vorname	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		
Geburtsdatum		SV-Nummer			
Straße/Nummer		PLZ, Ort (Hauptwohnsitz)			
Staatsangehörigkeit		Beeinträchtigung im Sinne des Oö. Chancengleichheitsgesetzes	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Religionsbekenntnis					
Muttersprache		Festgestellt ab wann			
Wurde beim Kind schon einmal eine Entwicklungsdiagnostik durchgeführt?			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Hat das Kind bereits eine Einrichtung besucht?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Welche?			
Haus-/Kinderarzt					
Med. Auffälligkeiten, z.B. Asthma, Allergie, Operationen		Impfungen	FSME	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
			Tetanus	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
			Sonstige		
Name der Geschwister und Geburtsjahr					

Gewünschte Kinderbetreuungseinrichtung (Expositur):

Bezeichnung		Adresse	
--------------------	--	----------------	--

Gewünschte Besuchszeiten des Kindes:

ab dem 30. Lebensmonat ist ab 13:00 Uhr ein Nachmittagstarif zu entrichten

Wochentage	von - bis	Mittagessen	Betreuung ab 13:00 Uhr
Montag		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Dienstag		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Mittwoch		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Donnerstag		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Freitag		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
variabler Betreuungsbedarf	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bustransport	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
2 Tage <input type="checkbox"/>	Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/>	3 Tage <input type="checkbox"/>	Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> 5 Tage <input type="checkbox"/>
Wer übergibt/holt das Kind			

Angaben zur Mutter: Erziehungsberechtigte ja nein

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		SV-Nummer	
Straße/Nummer		PLZ, Ort (Hauptwohnsitz)	
Telefonnummer		Familienstand	
Alleinerzieherin	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Obsorgeberechtigte	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
E-Mail-Adresse			
Staatsangehörigkeit		Beschäftigungsausmaß	Vollzeit Teilzeit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>Std.
beschäftigt bei (Firma)		beschäftigt als (Berufsbez.)	
Adresse		Telefonnummer	
Karenzende			

Angaben zum Vater: Erziehungsberechtigter ja nein

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		SV-Nummer	
Straße/Nummer		PLZ, Ort (Hauptwohnsitz)	
Telefonnummer		Familienstand	
Alleinerzieher	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Obsorgeberechtigter	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
E-Mail-Adresse			
Staatsangehörigkeit		Beschäftigungsausmaß	Vollzeit Teilzeit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>Std.
beschäftigt bei (Firma)		beschäftigt als (Berufsbez.)	
Adresse		Telefonnummer	
Karenzende			

Angaben zum Erziehungsberechtigten (falls abweichend von Eltern):

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		SV-Nummer	
PLZ		Ort (Hauptwohnsitz)	
Straße/Nummer		Telefonnummer	
E-Mail-Adresse		Familienstand	
Staatsangehörigkeit		Beschäftigungsausmaß	Vollzeit Teilzeit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>Std.
beschäftigt bei (Firma)		beschäftigt als (Berufsbez.)	
Adresse		Telefonnummer	

Kontaktperson (wenn Eltern nicht erreichbar):

Familienname		Vorname	
Bezug zum Kind (Großeltern, Tante, ...)		Telefonnummer	
Familienname		Vorname	
Bezug zum Kind (Großeltern, Tante, ...)		Telefonnummer	

Ort und Datum:	Unterschrift eines Elternteils:	Unterschrift Rechtsträger