

# Anmeldeformular

## Daten des Kindes

<b><u>Nachname</u></b>		<b><u>Vorname</u></b>	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	Staatsbürgerschaft	
Muttersprache		Religion	
Anmeldedatum		SV-Nummer	
Betreuungsart		Gemeinde eigen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beeinträchtigung im Sinne des OÖ Chancengleichheitsgesetzes	<input type="checkbox"/>	... Festgestellt seit	
Art der Beeinträchtigung			

<b><u>Besuchszeiten des Kindes</u></b>				Mittagessen			
Montag	von		bis		<input type="checkbox"/>	variabler Betreuungsbedarf	<input type="checkbox"/>
Dienstag	von		bis		<input type="checkbox"/>	Abholung durch	
Mittwoch	von		bis		<input type="checkbox"/>		
Donnerstag	von		bis		<input type="checkbox"/>	Wer übergibt/holt Kind?	
Freitag	von		bis		<input type="checkbox"/>		
Bustransport	<input type="checkbox"/>	Hinfahrt	<input type="checkbox"/>	Rückfahrt	<input type="checkbox"/>		

<b><u>Hauptwohnsitz des Kindes</u></b>			
Straße		Haus Nr.	
PLZ		Ort	

Hat ihr Kind bereits eine Einrichtung besucht?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Welche?
Geschwisteranzahl		Name, Geb. Jahr	
Haus-/Kinderärzte			

<b><u>Impfungen</u></b>	Ja	<b><u>Impfungen</u></b>	Ja	<b><u>Krankheiten</u></b>	Ja
6-fach Impfung	<input type="checkbox"/>	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	Asthmatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>
Mumps – Masern	<input type="checkbox"/>	Pneumokokken	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Polio	<input type="checkbox"/>	Rotaviren	<input type="checkbox"/>	Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>	Tetanus	<input type="checkbox"/>	Allergie:	
Zecken (FSME)	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	Sonstige Krankheit:	
<b><u>Blutgruppe</u></b>				<b><u>Medikamente:</u></b>	

### ***Daten der Mutter***

<b><u>Nachname</u></b>		<b><u>Vorname</u></b>	
Geburtsname		Akad. Grad	
Geboren am		SV-Nummer	
Religion		Staatsbürgerschaft	
Familienstand		Muttersprache	
Beruf		<b>Beschäftigungsausmaß</b>	<b>Vollzeit</b> <input type="checkbox"/> <b>Teilzeit</b> <input type="checkbox"/> Std.
Arbeitgeber		Zahlungspflichtiger	<input type="checkbox"/>
<b>Alleinerzieher</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Erziehungsberechtigter</b>	<input type="checkbox"/>
		<b>Hauptversicherter</b>	<input type="checkbox"/>
<small>(nur wenn von Kind abweichend)</small>			
<b>Straße</b>		<b>Haus Nr.</b>	
<b>PLZ</b>		<b>Ort</b>	
<b>Telefonnummer</b>		<b>E-Mail-Adresse</b>	

### ***Daten des Vaters***

<b><u>Nachname</u></b>		<b><u>Vorname</u></b>	
Geburtsname		Akad. Grad	
Geboren am		SV-Nummer	
Religion		Staatsbürgerschaft	
Familienstand		Muttersprache	
Beruf		<b>Beschäftigungsausmaß</b>	<b>Vollzeit</b> <input type="checkbox"/> <b>Teilzeit</b> <input type="checkbox"/> Std.
Arbeitgeber		Zahlungspflichtiger	<input type="checkbox"/>
<b>Alleinerzieher</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Erziehungsberechtigter</b>	<input type="checkbox"/>
		<b>Hauptversicherter</b>	<input type="checkbox"/>
<small>(nur wenn von Kind abweichend)</small>			
<b>Straße</b>		<b>Haus Nr.</b>	
<b>PLZ</b>		<b>Ort</b>	
<b>Telefonnummer</b>		<b>E-Mail-Adresse</b>	

### ***Kontaktperson (wenn Eltern nicht erreichbar)***

<b>Nachname</b>		<b>Vorname</b>	
Geburtsdatum		<b>Telefonnummer</b>	
Straße/ Haus Nr.		<b>E-Mail-Adresse</b>	
PLZ		<b>Ort</b>	

<b>Ort und Datum:</b>	<b>Unterschrift eines Elternteils:</b>