



Vormerkung für einen Kindergartenplatz im Schulkindergarten Oberding

Name des Kindes		Geschlecht	
Geburtsdatum			
Staatsangehörigkeit			
Muttersprache			
Straße/Wohnort			
Name der Mutter			
Name des Vaters			
Telefonnummer			
Handynummer			
E-Mail Adresse			
Geschwister			

Mein/ unser Kind wurde vom Schuleintritt zurückgestellt.

Mein/ unser Kind wurde vom Schuleintritt verschoben, da er/sie im Korridorzeitraum geboren ist.

Betreuungszeit:

	Ab 7.30 Uhr	Ab 8.00 Uhr	Bis 12.00 Uhr	Bis 13.00 Uhr	Bis 14.00 Uhr	Bis 15.00 Uhr
Montag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dienstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittwoch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donnerstag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freitag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit Mittagessen?

- Ja
 Nein

Das Kind erhält eine Förderung bzw. Therapie durch folgende(n) Fachdienst(e):

Die Sorgeberechtigten sind damit einverstanden, dass das Personal mit der **Einrichtung, die das Kind zuvor besucht hat**, Kontakt aufnimmt und die vorherige Einrichtung entsprechende Auskünfte über das Kind erteilt.

vorheriger Kindergarten: _____

Besonderheiten des Kindes (Behinderung, Krankheiten, Allergien etc.):

Berufstätigkeit:

Mutter

Vollzeit Teilzeit

Alleinerziehend ja nein

Vater

Vollzeit Teilzeit

Alleinlebend ja nein

Sonstiges _____

Datum und Unterschrift eines
Erziehungsberechtigten

Unterschrift des
Erziehungspersonals