**Kindergarten Nestelbach**

**der Marktgemeinde Ilz**

8262 Nestelbach 74, Telefon 0664/8348149

e-mail kiga.nestelbach@ilz.gv.at

**Anmeldung 2024/2025**

ab\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kind:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vorname: | Zuname: | geboren am: |
|  |  |  |
| Staatsbürgerschaft: | Erstsprache: | Religion: |
|  |  |  |

**Mutter:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vorname: | Zuname: | Familienstand: |
|  |  |  |
| Adresse: | Arbeitgeber: |
|  |  |  |
| Telefonnummer: | Telefonnummer Firma: | e-mail-Adresse: |
|  |  |  |

**Vater:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vorname: | Zuname: | Familienstand: |
|  |  |  |
| Adresse: | Arbeitgeber: |
|  |  |  |
| Telefonnummer: | Telefonnummer Firma: | e-mail-Adresse: |
|  |  |  |

**Geschwister:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: |  |  |  |  |
| Alter: |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Wer ist abholberechtigt?**Wichtige Telefonnummern (Nachbarn, Verwandte, etc.): |

**Wissenswertes zur Vorgeschichte und Entwicklung des Kindes**

Bitte beschreiben Sie kurz **eventuelle Besonderheiten** (wie Begabungen, Stärken oder Schwächen) im Entwicklungsverlauf Ihres Kindes: (z.B.: Motorik, Bewegungskoordination, Konzentrationsfähigkeit, sozialem Verhalten, Sprechen, Sehen, Hören, Essverhalten etc.)

|  |
| --- |
|  |

Hat Ihr Kind **Allergien** oder **schwere** **Krankheiten**? Hatte es schon Kinderkrankheiten? Wenn ja, welche?

|  |  |
| --- | --- |
| Allergien |  |
| Schwere Krankheiten  |  |
| Kinderkrankheiten |  |

Gab oder gibt es Therapien/Förderungen oder medizinische Behandlungen?

|  |
| --- |
|  |

Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente**? Wenn ja, welche und wie oft.

|  |
| --- |
|  |

Gibt es **sonstige** wichtige **Informationen** über Ihr Kind?

|  |
| --- |
|  |

Beilegen einer Kopie des **Impfpasses** auf freiwilliger Basis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten