



Gemeindeverband

Kinderbildungs- u. -betreuungseinrichtung Lackendorf – Unterfrauenhaid



7321 Unterfrauenhaid, Hauptstraße 28, Bezirk Oberpullendorf, Bgld.

Tel.: 02619/7213-0 Fax: 02619/7213-66 E-mail: post@unterfrauenhaid.bgld.gv.at

Evidenzblatt

<p>Familien- und Vorname des Kindes:.....</p> <p>Geboren am:.....in.....</p> <p>Adresse:</p> <p>Nationalität: Erstsprache:</p> <p>Religion:..... Sozialversicherungsnummer.....</p>
<p>Familien- und Vorname der Mutter:.....</p> <p>Geboren am:in</p> <p>Adresse:</p> <p>Telefonnummer:</p> <p>Nationalität: Erstsprache:.....</p> <p>Obsorge berechtigt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Alleinerziehend: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Beruf:.....Arbeitgeber:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Vollzeitbeschäftigt <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigt <input type="checkbox"/> in Ausbildung</p> <p><input type="checkbox"/> weder berufstätig noch in Ausbildung <input type="checkbox"/> in Karenz</p>
<p>Familien- und Vorname des Vaters:.....</p> <p>Geboren am:in</p> <p>Adresse:</p> <p>Telefonnummer:</p> <p>Nationalität: Erstsprache:.....</p> <p>Obsorge berechtigt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Alleinerziehend: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Beruf:.....Arbeitgeber:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Vollzeitbeschäftigt <input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigt <input type="checkbox"/> in Ausbildung</p> <p><input type="checkbox"/> weder berufstätig noch in Ausbildung <input type="checkbox"/> in Karenz</p>

Verwaltungsgemeinschaft Unterfrauenhaid-Lackendorf Hauptstraße 28 7321 Unterfrauenhaid 02619/7213	Kindergarten Lackendorf Schulgasse 1 7321 Lackendorf 0670/356 57 91	Kindergarten Unterfrauenhaid Hauptstraße 16a 7321 Unterfrauenhaid 0670/356 89 01
--	---	--

Geschwister: Geburtsdatum:
.....
.....

Das Kind hat folgende Allergien:

.....
.....

Gesundheitliche Besonderheiten, Krankheiten (chronisch), bisherige

Therapien.....

Name und Anschrift des Haus - bzw.

Kinderarztes.....

.....

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift der Erziehungsberechtigten