



Kindergarten Nestelbach der Marktgemeinde Ilz

8262 Nestelbach 74, Telefon 0664/8348149
e-mail kiga.nestelbach@ilz.gv.at



Anmeldung 2023/2024

Kind:

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

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.):

Nestelbach, am _____

Unterschrift: _____

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: _____