

## Angaben zur Aufnahme in die PFARRCARITAS-KRABELSTUBE in Engerwitzdorf

Aufgenommen am: \_\_\_\_\_

Abgemeldet am: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname des Kindes: _____	
Soz. Vers. Nr.: _____ geboren am: _____ in: _____	
Adresse: _____	
Religionsbekenntnis: _____ Staatsbürgerschaft: _____ Erstsprache: _____	
Geschwister/Geburtsjahr: _____	

Eltern:	Vater	Mutter
Vor- und Zuname:	_____	_____
geboren am:	_____	_____
Familienstand:	_____	_____
Religionsbekenntnis:	_____	_____
Staatsbürgerschaft:	_____	_____
Wohnadresse:	_____	_____
Obsorgeberechtigte/r: (Erziehungsberechtigte/r)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon/Handy:	_____	_____
E-Mail-Adresse:	_____	_____
Beruf:	_____	_____
Beschäftigt bei:	_____	_____
	Vollzeit: <input type="checkbox"/> Teilzeit: <input type="checkbox"/>	Vollzeit: <input type="checkbox"/> Teilzeit: <input type="checkbox"/>
Telefon am Arbeitsplatz:	_____	_____

Wer kann in dringenden Fällen telefonisch in die Krabbelstube gerufen werden?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Von wem wird das Kind gebracht? \_\_\_\_\_

Von wem wird das Kind abgeholt? \_\_\_\_\_

Anmerkung: \_\_\_\_\_

Vorgelegt wurden: Geburtsurkunde     Ärztliches Attest

Impfungen: Datum: Tetanus  \_\_\_\_\_ FSME  \_\_\_\_\_

weitere \_\_\_\_\_

Welche Krankheiten hatte das Kind? \_\_\_\_\_

Worauf muss in der Krabbelstube geachtet werden? (z.B. Allergien, Herzfehler, Diabetes, etc.) \_\_\_\_\_

Erhält das Kind spezielle Förderung oder Therapie? (z.B. Frühförderung, Ergotherapie, etc.) \_\_\_\_\_

Name, Anschrift, Tel.-Nr. des Hausarztes \_\_\_\_\_

Besuchte das Kind bereits eine Tagesmutter / Krabbelstube?

Welche? \_\_\_\_\_

Wir ersuchen Sie der Veröffentlichung von Fotos aus dem Krabbelstubenalltag zum Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit zuzustimmen.

Ja, ich stimme der Veröffentlichung von Fotos zu.

Nein, ich stimme der Veröffentlichung von Fotos nicht zu.

Ich wurde davon in Kenntnis gesetzt, dass es in der Gemeinde Engerwitzdorf

2 Krabbelstuben gibt (Schweinbach und Treffling).

Diese Anmeldung gilt für die Einrichtungen in der Gemeinde Engerwitzdorf und ich gestatte, dass meine Daten beiden Einrichtungen zur Verfügung stehen.

Ich äußere einen Wunsch in Bezug auf die Einrichtung:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern / gesetzl. Erziehungsberechtigten