



**MARKTGEMEINDEAMT
SANKT MAREIN IM MÜRZTAL**
Pol. Bez. Bruck-Mürzzuschlag, Steiermark
Postleitzahl 8641 - www.stmarein-mzt.at
Tel (03864) 22 22-0 Fax (03864) 22 22-8
gde@st-marein-muerztal.gv.at

Kindergarten

ANMELDEBOGEN bzw. Weiterbesuch

Betriebsjahr: 20 /20		
<input type="checkbox"/> Neuaufnahme	<input type="checkbox"/> Weiterbesuch	Eintritt am: _____
<input type="checkbox"/> Halbtag	Betreuungszeit: von: _____ bis: _____ Uhr	
<input type="checkbox"/> Ganztage	Betreuungszeit: von: _____ bis: _____ Uhr	
	Mittagsverpflegung: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
Zu- und Vorname des Kindes: _____		
Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____		
Staatsbürgerschaft: _____ Religion: _____		
Muttersprache: _____		
Name des Vaters/Lebensgefährten: _____		
Anschrift: _____ Familienstand: _____		
Staatsbürgerschaft: _____ Geburtsdatum: _____		
Beruf: _____ Telefon: _____		
E-Mail: _____		
Name der Mutter/Lebensgefährten: _____		
Anschrift: _____ Familienstand: _____		
Staatsbürgerschaft: _____ Geburtsdatum: _____		
Beruf: _____ Telefon: _____		
E-Mail: _____		
Im Notfall zu verständigen:		
Name: _____ Telefon: _____		
Anschrift: _____		

Folgende Personen ab dem vollendeten 19. Lebensjahr, in Ausnahmefällen ab dem vollendeten 14. Lebensjahr sind berechtigt, das Kind vom Kindergarten abzuholen:

Sämtliche Namens-, Adressen- und Familienstandsänderungen sowie Änderungen betreffend die/den Zahlungspflichtige/n sind bitte unverzüglich im Kindergarten zu melden.

Das Kindergartenpersonal benötigt in Ihrem Interesse weiters wichtige Informationen über:

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Krankheiten/Allergien:

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen:

JA

NEIN

Wenn JA welche: _____

Einverständniserklärung zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten an Kindergärten

Ich habe das Merkblatt für Eltern und Erziehungsberechtigte zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten nach Kernkraftwerksunfällen gelesen und gebe nachstehende Einverständniserklärung ab:

Ich/Wir _____ bin/sind einverstanden
bin/sind nicht einverstanden, dass mein(e) Sohn/Tochter

(zutreffendes bitte ankreuzen)

JA

NEIN

im Falle eines Kernkraftwerksunfalles die erste Tagesdosis Kaliumjodid im Kindergarten erhalten darf.

Datum

Unterschrift

....., am

(Ort)

(Datum)

.....
Unterschrift