

Evidenzblatt

Angemeldet am:
Eingetreten am:
Abgemeldet am:

Kind Familien- und Vorname	Wohnadresse
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Religion	Erstsprache
Sozialversicherungsnummer	<input type="text"/>
Krankenkasse:	Hausarzt:
Überstandene Krankheiten:	
Krankheiten, Allergien, Beeinträchtigungen, usw.	

OBSORGEBERECHTIGT: <input checked="" type="radio"/> beide Elternteile <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater		
Andere:		
Mutter Vor- und Nachname .	Sozialversicherungsnummer (nur angeben, wenn das Kind mitversichert ist) <input type="text"/> <input type="text"/>	
Geburtsdatum:		
Religion:	Staatsangehörigkeit:	
Wohnadresse:	Arbeitgeber:	
Beruf:	Beschäftigung: <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> Geringfügig <input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Karenz bis:	
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:	

Vater Vor- und Nachname	Sozialversicherungsnummer (nur angeben, wenn das Kind mitversichert ist)
	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	
Religion:	Staatsangehörigkeit:
Wohnadresse:	Arbeitgeber:
Beruf:	Beschäftigung: <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit <input type="radio"/> Geringfügig <input type="radio"/> Keine
Telefonnummer:	E-Mail-Adresse:

Geschwister:	
Name:	Geburtsdatum:
Name:	Geburtsdatum:

Weitere Personen, die im Notfall verständigt werden können: Name, Telefon Nr. & Adresse sowie Verhältnis zum Kind (z.B. Oma, Opa, Tante, Nachbar, ...) angeben
<input type="text"/>
<input type="text"/>
Abholberechtigte Personen: Name der Person (Person muss das 15. Lebensjahr vollendet haben) & Verhältnis zum Kind
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Der/die Obsorgeberechtigte ist damit einverstanden, dass das Kind der zuständigen Sonderkindergartenpädagogin/dem zuständigen Sonderkindergartenpädagogen und/oder den MitarbeiterInnen des Mobilen Heilpädagogischen Dienstes (Physiotherapeuten / Logopäden / Musiktherapeuten) im Kindergarten vorgestellt werden darf. Bei Bedarf wird der/die Obsorgeberechtigte zu einem Gespräch eingeladen.

Ja Nein

.....
Datum und Unterschrift des/der Obsorgeberechtigten