



**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

<b>Betriebsjahr: 20      /20</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Neuaufnahme</b>	<input type="checkbox"/> <b>Weiterbesuch</b>	Eintritt am: _____
<input type="checkbox"/> <b>Halbttag</b>	Betreuungszeit: von: _____ bis: _____ Uhr	
<input type="checkbox"/> <b>Ganztag</b>	Betreuungszeit: von: _____ bis: _____ Uhr	
	Mittagsverpflegung: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
<b>Zu- und Vorname des Kindes:</b> _____		
Geburtsdatum: _____ Religion: _____		
Anschrift: _____		
Staatsbürgerschaft: _____ Muttersprache: _____		
<b>Name des Vaters/Lebensgefährte:</b> _____		
Anschrift: _____		
Telefonnummer: _____ Familienstand: _____		
Staatsbürgerschaft: _____ Geburtsdatum: _____		
derzeitiger Beruf: _____		
<b>Name der Mutter/Lebensgefährtin:</b> _____		
Anschrift: _____		
Telefonnummer: _____ Familienstand: _____		
Staatsbürgerschaft: _____ Geburtsdatum: _____		
derzeitiger Beruf: _____		
<b>Im Notfall zu verständigen:</b>		
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: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> 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 <small>(zutreffendes bitte ankreuzen)</small>	
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
im Falle eines Kernkraftwerksunfalles die erste Tagesdosis Kaliumjodid im Kindergarten erhalten darf.	
_____ Datum	_____ Unterschrift

....., am .....  
(Ort) (Datum)

.....  
Unterschrift