

## VORANMELDUNG

### Praxiskindergarten BAfEP St. Pölten

DATEN DES KINDES	
Nachname:	
Vorname:	
Geschlecht: männlich weiblich	Geburtsdatum:
Versicherungsnummer:	Staatsangehörigkeit:
Religion:	Familiensprache:
Besucht Ihr Kind derzeit eine andere Betreuungseinrichtung? ja   nein	

DATEN VON ELTERN/ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN		
	MUTTER	VATER
Vor- und Nachname		
Geburtsdatum		
Adresse		
Beruf		
Religion		
Telefonnummer		
Mailadresse		

GESCHWISTER	
Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	

KINDERGARTEN	
Geplanter Eintritt in den Kindergarten am:	
Nachmittagsbetreuung ab 13:00 Uhr Anzahl der benötigten Tage (bitte ankreuzen)	1 Tag   2 Tage   3 Tage   4 Tage   5 Tage

.....  
Datum

.....  
Unterschrift