

# GTVS 13, Steinlechnergasse



Name des Kindes		Vorname	Geburtsdatum
Adresse / Straße		Postleitzahl / Ort	Geburtsort
Staatsbürgerschaft	Erstsprache	Religionsbekenntnis	Sozialvers.nr.
Kindergarten: Dauer:			
Allergien des Kindes		<input type="radio"/> Ja, welche:	<input type="radio"/> Nein
Im Notfall dürfen meinem Kind Kalium-Jodid Tabletten verabreicht werden		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Bilder, auf denen mein Kind zu sehen ist, im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Website, Zeitung) zur Ansicht gelangen.		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Name der Mutter		Geburtsdatum	Telefonnummer
Name des Vaters		Geburtsdatum	Telefonnummer
Erziehungsberechtigung:		<input type="radio"/> Eltern	<input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater
Mein Kind wohnt bei:		<input type="radio"/> Eltern	<input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater
Geschwister			
Name			
Geburtsjahr			
Kindergarten / Schule			

Ich wurde darüber informiert, dass ich verpflichtet bin, Änderungen der angegebenen Daten, besonders Telefonnummern, der Schule (Klassenlehrerin) sofort mitzuteilen.

Datum: .....

.....  
Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten