



EVIDENZBLATT

Schuljahr _____/_____

Familien- und Vorname		Geburtsdatum
Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnr.)		
Sozialversicherungsnummer des Kindes		Krankenkassa
Staatsangehörigkeit	Muttersprache	Andere Sprachen
Klasse	Schulstufe	Religion
Geschwister (z.B. Felix 2010, Sarah 2014)		
Name und Anschrift des Hausarztes _____ _____		
Krankheiten _____ _____		

Anzahl der regelmäßigen Besuchstage in der Woche 1 2 3 4 5

Wochentage Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Außerschulische Veranstaltungen

geht regelmäßig am _____ um _____ Uhr zum/ zur _____

Klassenwiederholung Nein Ja Klasse _____

Hat ihr Kind sonderpädagogischen Förderbedarf? Ja Nein

Ist ihr Kind aus diesem Grund in einer Integrationsklasse? Ja Nein

Mein Kind darf im Zuge von Projekten und/ oder Veranstaltungen fotografiert bzw. gefilmt werden. Bilder und/ oder Mitschnitten dürfen in den Medien (diversen Zeitungen und TV) veröffentlicht werden. Ja Nein

Überstanden Krankheiten _____

Gesundheitliche Besonderheiten (Allergien, etc.) _____

Brillenträger/-in Ja Nein

Sonstiges _____

Telefonnummern für Notfälle _____

Darf Ihr Kind bei einem Unfall zur Versorgung zum Arzt bzw. in die Ambulanz gebracht werden?

Ja Nein

Impfungen eintragen bzw. Kopie vom Impfpass beilegen				
	1. Teilimpfung	2. Teilimpfung	3. Teilimpfung	4. Teilimpfung
DPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderlähmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MMR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FSME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haemophilus Influenzae-Typ B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Impfungen _____

Impfkomplikationen (z.B. Fieber) _____

ELTERN BZW. ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

Mutter	Familien- und Vorname		Geburtsdatum	
	Wohnsitzadresse		Religion	
	Staatsangehörigkeit	Familienstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft		
	Telefonnummer		E-Mail	
	<input type="checkbox"/> berufstätig -> <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit Arbeitgeber			
	<input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung <input type="checkbox"/> Karenz. Berufseintritt:			

Vater	Familien- und Vorname		Geburtsdatum	
	Wohnsitzadresse		Religion	
	Staatsangehörigkeit	Familienstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft		
	Telefonnummer		E-Mail	
	<input type="checkbox"/> berufstätig -> <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit Arbeitgeber:			
	<input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung <input type="checkbox"/> Karenz. Berufseintritt:			

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, allfällige Änderungen umgehend zu melden. Ich bestätige weiters, die Kinderbetreuungseinrichtungsordnung zur Kenntnis genommen zu haben und mich gemäß dieser zu verhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten