



AUFNAHMEVORMERKUNG



Stadtgemeinde Radstadt
Stadtplatz 17
5550 Radstadt
Tel.: 06452/42 92
kindertagesbetreuung@radstadt.at

Tagesbetreuung Arche Noah
Gaismairallee 20a
5550 Radstadt
Tel.: 0664/96 50 726

Angaben zum Kind:

Name und Vorname des Kindes _____
Geburtsdatum _____
Anschrift _____
Telefon der Mutter _____ Telefon des Vaters _____
Religion _____ Staatsbürgerschaft _____
Muttersprache _____ Geschwister _____
Liegt eine Behinderung oder Allergie vor? Wenn ja, welche? _____

Angaben zur Familie:

Name der Mutter _____ Geburtsdatum _____
Name des Vaters _____ Geburtsdatum _____
Alleinerzieherin/Alleinerzieher: ☐ JA ☐ NEIN
Berufstätigkeit der Mutter _____
Berufstätigkeit des Vaters _____

Betreuungsform:

☐ ½ Betreuung (bis 20 Std.); ☐ ¾ Betreuung (bis 30 Std.); ☐ Vollbetreuung (ab 31 Std.)
Erforderliche Betreuungszeit von _____ bis _____ Wochentage _____
Mittagessen: ☐ JA ☐ NEIN
Gewünschte Aufnahme _____ Voraussichtliches Betreuungsende _____
Entgegengenommen von _____
Sonstiges _____

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten