

Anmeldeformular - Hort

Hort der Marktgemeinde Gunskirchen

Lambacherstraße 6

4623 Gunskirchen

Tel.: 07246/6255-160

E-Mail: julia.holzinger@gunskirchen.ooe.gv.at

Gunskirchen, am _____

Kind

Nachname	_____	Vorname	_____
Geboren am	_____	Geboren in	_____
Geschlecht	_____	Staatsbürgerschaft	_____
Muttersprache	_____	Religion	_____
SVNr.	_____	Erhöhter Förderbedarf	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<u>von</u>	<u>bis</u>	<u>Mittagessen</u>
Montag	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dienstag	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mittwoch	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Donnerstag	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Freitag	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Abholung durch: _____

Adresse PLZ/Ort _____ Straße _____

Telefon Mutter _____ Vater _____ Sonstige _____
_____ ; _____ ; _____

E Mail _____

Mutter

Nachname	_____	Vorname	_____
Geboren am	_____	Familienstand	_____
SVNr.	_____	Staatsbürgerschaft	_____
Beruf	_____	Religion	_____
Dienststart	<input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit	Arbeitgeber	_____

Alleinerzieher

ja nein

Erziehungsberechtigt

ja nein

Hauptversicherter

ja nein

Zahlungspflichtig

ja nein

Vater

Nachname _____

Vorname _____

Geboren am _____

Familienstand _____

SVNr. _____

Staatsbürgerschaft _____

Beruf _____

Religion _____

Dienststart Teilzeit Vollzeit

Arbeitgeber _____

Alleinerzieher

ja nein

Erziehungsberechtigt

ja nein

Hauptversicherter

ja nein

Zahlungspflichtig

ja nein

Einverständniserklärungen

Bei Einverständnis bitte ankreuzen

- Kalium – Jodidtablette (bei Reaktorunfall eine Tablette für den Nachhauseweg; schützt die Schilddrüse)
- Foto vom Kind (Hortaktivitäten) darf veröffentlicht werden z.B. in der Gemeindezeitung

Gesundheit

Impfungen

- 6 – fach Impfung
- Mumps – Masern – Röteln
- Pneumokokken
- Meningokokken
- Rotaviren
- Zecken (FSME) Sonstige _____

Allergien _____

Medikamente _____

Besucht(e) das Kind bereits einen Kindergarten / Krabbelstube

Anderer Kindergarten /Krabbelstube

(Seit) wann

Geschwister

Name

Vorname

Geburtsdatum

Besucht ein weiteres Kind die Krabbelstube, Kindergarten oder den Hort?

ja

nein

Name

Vorname

Einrichtung

Durch meine Unterschrift nehme ich die Hortordnung und die Horttarifordnung zur Kenntnis und erkläre mich mit diesen und den Bildungs- und Erziehungszielen des Hortes einverstanden.

Weiters nehme ich zur Kenntnis, dass mein Kind nur von volljährigen Personen vom Hort abgeholt werden darf.

Sämtliche Änderungen wie Adresse, Telefonnummer oder des Arbeitgebers sind der Leitung oder der Hortpädagogin sofort bekannt zu geben!

Unterschrift eines Elternteils