



## Anmeldung

### Kind

Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum, Ort		
Geschlecht	männlich	weiblich
Staatsbürgerschaft		
Sozialversicherungsnr.		
Rel. Bekenntnis		
erhöhter Förderbedarf	ja	nein
Adresse		
(Straße, Hausnr., PLZ, Ort)		

**KINDERTREFFPUNKT**  
Verein Elterninitiative

Anita Neumayr  
Leitung  
Zehetlandweg 64  
4060 Leonding  
Tel.: +43 681 105 35 400  
kontakt@kindergarten-leonding.at  
www.kindergarten-leonding.at

Raiffeisenbank Leonding  
IBAN AT92 3427 6000 0005 5723

Montag bis Freitag  
7:00–13:00

### Mutter

Nachname		
Vorname		
Geburtsname		
Geboren am		
Telefon		
E-Mail		
Sozialversicherungsnr.		
Rel. Bekenntnis		
Staatsbürgerschaft		
Familienstand		
Muttersprache		
Beruf		
Dienstart	Vollzeit	Teilzeit
Firma		



### Vater

Nachname \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsname \_\_\_\_\_  
Geboren am \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Sozialversicherungsnr. \_\_\_\_\_  
Rel. Bekenntnis \_\_\_\_\_  
Staatsbürgerschaft \_\_\_\_\_  
Familienstand \_\_\_\_\_  
Muttersprache \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Dienstart \_\_\_\_\_ Vollzeit \_\_\_\_\_ Teilzeit \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_

### Geschwister

Nach- und Vorname \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_  
Bezug zum Kind \_\_\_\_\_  
  
Nach- und Vorname \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_  
Bezug zum Kind \_\_\_\_\_  
  
Nach- und Vorname \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_  
Bezug zum Kind \_\_\_\_\_

**KINDERTREFFPUNKT**  
Verein Elterninitiative

Anita Neumayr  
Leitung  
Zehetlandweg 64  
4060 Leonding  
Tel.: +43 681 105 35 400  
kontakt@kindergarten-leonding.at  
www.kindergarten-leonding.at

Raiffeisenbank Leonding  
IBAN AT92 3427 6000 0005 5723

Montag bis Freitag  
7:00–13:00



**Wer kann in dringenden Fällen verständigt werden?**  
(z.B. Großeltern, Freunde)

Nach- und Vorname

---

Telefon

---

Bezug zum Kind

---

Nach- und Vorname

---

Telefon

---

Bezug zum Kind

---

**Ist das Kinder erstmals in einer Einrichtung/Betreuung?      ja      nein**

Wenn nein, Bekanntgabe der Einrichtung

---

**Weitere Personen, die das Kind bringen/abholen dürfen:**

Nach- und Vorname

---

Bezug zum Kind

---

Nach- und Vorname

---

Bezug zum Kind

---

Nach- und Vorname

---

Bezug zum Kind

---

Wir sind eine Elterninitiative und in unserem Kindergarten wird die Mitarbeit der Eltern gewünscht und erwartet!

Hiermit melde ich meine Tochter/meinen Sohn für das Jahr \_\_\_\_\_ zum Kindertreffpunkt Leonding an.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

#### KINDERTREFFPUNKT

Verein Elterninitiative

Anita Neumayr  
Leitung

Zehetlandweg 64  
4060 Leonding

Tel.: +43 681 105 35 400  
kontakt@kindergarten-leonding.at  
www.kindergarten-leonding.at

Raiffeisenbank Leonding  
IBAN AT92 3427 6000 0005 5723

Montag bis Freitag  
7:00-13:00