



MARKTGEMEINDE LEOBENDORF

2100 Leobendorf, Stockerauer Straße 9, NÖ

Telefon (02262) 66151, Telefax (02262) 66151 22

E-Mail: marktgemeinde@leobendorf.gv.at

Web: www.leobendorf.gv.at

Weinviertel

KINDERGARTENANMELDUNG

Name des Kindes: geb. am:

Anschrift: Geschlecht:

Staatsangehörigkeit: Erstsprache:

Religionsbekenntnis.: SVNr.:

Name des Vaters: geb. am:

Tel. Nummer: Staatsangehörigkeit:

E-Mail:

Name der Mutter: geb. am:

Tel. Nummer: Staatsangehörigkeit:

E-Mail:

Gewünschtes **Eintrittsalter**: mit dem 3. Geburtstag mit 2 Jahren

(falls im Kindergarten genügend Platz vorhanden ist!)

zu einem späteren Termin: ab

Befindet/Befand sich das Kind in therapeutischer Behandlung?

(z.B.: Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, ...)

Ja Nein Art der Behandlung:

Besteht eine chronische Erkrankung des Kindes (z.B.: Epilepsie, Asthma, usw.)

Ja Nein Art der Erkrankung:

. / 2

UID: ATU59074147

Parteienverkehr:

Sprechstunden Bürgermeister:

Bankverbindung:

Montag – Freitag v. 08.00 – 12.00 Uhr, Dienstag v. 14.00 – 19.00 Uhr

Dienstag v. 17.00 – 19.00 Uhr

Raiffeisenbank Kreuzenstein, IBAN: AT94 3243 8000 0000 0372, BIC: RLNWATW1438

DVR: 0069205

Gewünschte **Betreuung** im Kindergarten:

Montag von Uhr bis Uhr

Dienstag von Uhr bis Uhr

Mittwoch von Uhr bis Uhr

Donnerstag von Uhr bis Uhr

Freitag von Uhr bis Uhr

Mein/Unser Kind wird grundsätzlich das Mittagessen im Kindergarten einnehmen:

Ja Nein

Mein/Unser Kind wird grundsätzlich mit dem Bus in den Kindergarten fahren:

Ja Nein

Geschwister: Name und Geburtsjahr:

.....

derzeit im Kindergarten:

- Gewünschter Kindergarten:**
- Leobendorf I – Nussallee 2
 - Leobendorf II – Dr. Ansorge-Straße 4
 - Oberrohrbach – Hofstraße 24a
 - Tressdorf – Untere Hauptstraße 4

Die Zuteilung in die diversen Kindergärten erfolgt ausschließlich durch die Gemeinde!

.....
Datum

.....
Unterschrift