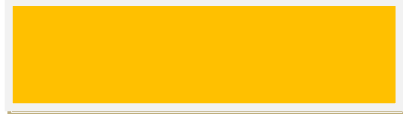




Anmerkungen Büro

# ANMELDUNG



Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_

Kdn. Nr.: A0\_\_\_\_\_

## Kind:

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit:  Österreich  
 \_\_\_\_\_

Krankenkasse:  Salzburger GKK  
 BVA  
 \_\_\_\_\_

Sozialvers.Nr.: \_\_\_\_\_

Schule und Klasse bei Inseleintritt: \_\_\_\_\_

Name des Klassenvorstandes (wenn bekannt): \_\_\_\_\_

Wie viele Personen leben im gemeinsamen Haushalt?

davon \_\_\_\_\_ Erwachsene

\_\_\_\_\_ Personen, davon \_\_\_\_\_ männlich

\_\_\_\_\_ Kinder 0 - 10 Jahre

\_\_\_\_\_ weiblich

\_\_\_\_\_ Kinder 10 - 20 Jahre

## Besondere Essgewohnheiten und Allergien des Kindes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Krankheiten, Behinderungen, sonderpädagogischer Förderbedarf des Kindes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Erziehungsberechtigte/r:**

Name: \_\_\_\_\_

ev. früherer Familienname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Verwandtschafts-verhältnis  
zum Kind: Mutter Vater \_\_\_\_\_

tagsüber telefonisch

erreichbar unter: \_\_\_\_\_

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_

Email – Adresse: \_\_\_\_\_

ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Art der Berufstätigkeit:

 vollzeit teilzeit in Ausbildung weder berufstätig noch in  
Ausbildung

Betrieb: \_\_\_\_\_

Betriebsadresse:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat das Kind einen Amtsvormund ?

 ja nein**Vater (oder Kontaktperson)**(- falls die/der oben angegebene Erziehungsberechtigte  
nicht erreichbar ist)

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Verwandtschafts-verhältnis  
zum Kind: Mutter Vater \_\_\_\_\_

tagsüber telefonisch

erreichbar unter: \_\_\_\_\_

Email – Adresse: \_\_\_\_\_

Bitte ausfüllen, falls die Kontaktperson ebenfalls erziehungsberechtigt ist:

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_

ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Art der Berufstätigkeit:

 vollzeit teilzeit in Ausbildung weder berufstätig noch in  
Ausbildung

Betrieb: \_\_\_\_\_

Betriebsadresse:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind derzeit Geschwister des Kindes im Haus der Jugend?

 ja nein

Waren bereits Geschwister oder Eltern des Kindes hier Hortkinder?

 ja nein

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben. Ich verpflichte mich, etwaige Änderungen dem Sekretariat der Insel Haus der Jugend umgehend mitzuteilen.  
Bei unvollständigen Angaben behalten wir uns das Recht vor, Sie und Ihr Kind aus der Betreuungsvereinbarung fristlos zu entlassen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_