

Anmeldeformular Kindernest der Marktgemeinde Hörsching



**IHR KIND
IN GUTEN HÄNDEN**

DATEN DES KINDES

Familiennamenname		Vorname	
weiblich	männlich	Muttersprache	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Sozialversicherungsnummer	
Staatsangehörigkeit		Religion	

MUTTER/ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/R

Familiennamenname		Vorname						
akadem. Grad								
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Staatsangehörigkeit						
Straße/Hausnummer								
Postleitzahl		Ort						
Telefonnummer		E-Mail						
Ich erziehe mein Kind allein		Ja	Nein					
Ich bin								
Berufstätig	Im Haushalt	In Karenz - Berufseintritt (MM/JJ)						
Selbständig	Arbeitslos	In Ausbildung						
Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden								
Tage, an denen die Beschäftigung erfolgt		MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO

VATER/LEBENSGEFÄHRTE

Familiennamen		Vorname								
akadem. Grad										
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)				Staatsangehörigkeit						
Straße/Hausnummer										
Postleitzahl				Ort						
Telefonnummer				E-Mail						
Ich erziehe mein Kind allein		Ja		Nein						
Ich bin										
Berufstätig		Im Haushalt		In Karenz - Berufseintritt (MM/JJ)						
Selbständig		Arbeitslos		In Ausbildung						
Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden										
Tage, an denen die Beschäftigung erfolgt				MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO

GEWÜNSCHTES EINTRITTSDATUM (MM.JJ):

Benötigte Betreuungszeit

(Öffnungszeiten Kindernest: Mo bis Do von 7 bis 16 Uhr, Fr von 7 bis 15.30 Uhr)

Von:

Besondere Bemerkungen

Datum

Unterschrift