



Marktgemeinde Zirl

Bezirk Innsbruck-Land

Bühelstraße 1, 6170 Zirl
Tel.: +43 5238 54001
Fax: +43 5238 54001 113

Einschreibung für das Kinderkrippenjahr.....

ANGABEN ZUM KIND	
Name des Kindes:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Sozialversicherungsnummer:	
Adresse:	
Staatsangehörigkeit:	Glaubensbekenntnis:
Muttersprache des Kindes:	
Wird das Kind zweisprachig erzogen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Zweitsprache:	
Erkrankungen / Allergien:	
Geschwister (Name, Geburtsdatum, besucht welche Einrichtung):	

ANGABEN ZU DEN ELTERN / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN				
	MUTTER		VATER	
Name				
Geburtsdatum				
Sozialversicherungsnummer				
Staatsangehörigkeit				
Beruf				
Arbeitgeber				
Alleinerzieher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Erziehungsberechtigt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Telefonnummer				
E-Mail				
Beitragzahler	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

ARBEITSZEITEN DER ELTERN				
	MUTTER		VATER	
Beschäftigungsausmaß in Stunden				
Montag	von	bis	von	bis
Dienstag	von	bis	von	bis
Mittwoch	von	bis	von	bis
Donnerstag	von	bis	von	bis
Freitag	von	bis	von	bis

GEWÜNSCHTE TAGE DER BETREUUNG					
Wochentag	halbtags bis 12:30 Uhr	mit Mittagessen bis 13:00 Uhr	mit Mittagessen und Ruhezeit bis 14:30 Uhr	*ganztags bis 17:00	* nur nachmittags von 13:00 Uhr bis 17:00 Uhr
<input type="radio"/> Montag					
<input type="radio"/> Dienstag					
<input type="radio"/> Mittwoch					
<input type="radio"/> Donnerstag					
<input type="radio"/> Freitag					
Ganzjahresbetreuung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					

Wunschkinderkrippe (1-3): ___ Fambozi ___ Marktplatz* ___ Bühelstraße*

Ich habe die Kinderkrippenordnung zur Kenntnis genommen.

Zirl, am Unterschrift:.....