

Telefonnummer eines Elternteiles:.....

AUFNAHMEBOGEN / SPREJEMNICA
in den Kindergarten der Gemeinde Ludmannsdorf /
v otroški vrtec občine Bilčovs

Bitte um Aufnahme meines Kindes / Prosim za sprejem mojega otroka!

NAME des Kindes/ IME otroka: _____
Geburtstag/Rojstni dan: _____
Religion/Religija: _____
Staatsbürgerschaft/Državljanstvo: _____
Anschrift/Naslov: _____
Krankenkasse/Bolniška Blagajna: _____ Vers.Nr.: _____
Muttersprache/Materinščina: _____

Geschwister (Anzahl und Geburtsjahr)/ Bratje in sestre (število in leto rojstva):

Vater/Oče: _____
Beruf/Poklic: _____
Geburtsjahr/leto rojstva: _____
Berufstätigkeit/Zaposlitev: _____ JA _____ NEIN
Vollzeitbeschäftigt/Polno zaposleni: _____ JA _____ NEIN
Teilzeitbeschäftigt/Delno zaposleni: _____ JA _____ NEIN
Alleinerzieher/Samoranilec: _____ JA _____ NEIN (**Karenz:** _____ JA _____ NEIN)
Arbeitsstätte/Delovno mesto: _____
Krankenkasse/Bolniška Blagajna: _____ Vers.Nr.: _____

Mutter/Mati: _____
Beruf/Poklic: _____
Geburtsjahr/Leto rojstva: _____
Berufstätigkeit/Zaposlitev: _____ JA _____ NEIN
Vollzeitbeschäftigt/Polno zaposleni: _____ JA _____ NEIN
Teilzeitbeschäftigt/Delno zaposleni: _____ JA _____ NEIN
Alleinerzieher/Samoranilec: _____ JA _____ NEIN (**Karenz:** _____ JA _____ NEIN)
Arbeitsstätte/Delovno mesto: _____
Krankenkasse/Bolniška Blagajna: _____ Vers.Nr.: _____

Name u. Anschrift des Hausarztes/Ime in naslov hišnega zdravnika:

Überstandene Krankheiten/Prebolene bolezni:

Masern/Ošpice: _____ Keuchhusten/Oslovski kašelj: _____
Diphtherie/Davica: _____ Mumps/Vnetje obušesne slinavke: _____
Windpocken/Norice: _____ Sonstige Erkrankungen/druga bolzni: _____
Röteln/Ruske rdečke: _____ Scharlach/Škrlatinka: _____

*Als Erziehungsberechtigter nehme ich die Bestimmungen der
Kindergartenordnung und insbesondere die Höhe des zu leistenden
Kindergartenbeitrages zur Kenntnis.*

*Kot vzajitelj jamlem red otroškega vrtca naznanje, ter se obvezujem
redno plačevati predpisani mesečni prispevek.*

Einsprachig/Enojezično: Ganztags:
Zweisprachig/Dvojezično: Halbtags mit Essen:
Halbtags ohne Essen:

Wünschen Sie eine Betreuung im Monat Juli? JA NEIN

EINTRITT: _____
VSTOP: _____

AUSTRITT: _____
IZSTOP: _____

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten / Podpis vzgajitelja)