

Antrag auf Aufnahme in den SCHÜLERINNENHORT

NR. 1

Wir bitten Sie um Verständnis, dass über die tatsächliche Aufnahme erst zu einem späteren Zeitpunkt entschieden werden kann.

| | |
|------------------------|--|
| SCHÜLERINNENHORT NR. 2 | |
| SCHÜLERINNENHORT NR. 3 | |

| 1. ANGABEN ZUM KIND | | | | | | | |
|---|---------|---------------|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| FAMILIENNAME | | VORNAME | | M | W | GEBURTSDATUM | SOZIALVERS.NR. |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| PLZ | STRASSE | | | HAUS-NR. | | GESCHWISTER IM HAUSHALT | |
| | | | | | | | |
| ERSTSPRACHE | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> DEUTSCH <input type="checkbox"/> FRANZÖSISCH <input type="checkbox"/> ARABISCH <input type="checkbox"/> ALBANISCH <input type="checkbox"/> TÜRKISCH <input type="checkbox"/> RUSSISCH <input type="checkbox"/> ENGLISCH <input type="checkbox"/> BOSNISCH <input type="checkbox"/> KROATISCH <input type="checkbox"/> SERBISCH <input type="checkbox"/> UNGARISCH <input type="checkbox"/> ANDERE | | | | | | | |
| STAATSBÜRGERSCHAFT | | HERKUNFTSLAND | | RELIGION | | INTEGRATIONSKIND | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

| 2. ANGABEN ZUR MUTTER / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN | | | | | |
|--|---------|---------|----------------|--|---------------|
| FAMILIENNAME | | VORNAME | | GEBURTSDATUM | |
| | | | | | |
| PLZ | STRASSE | | | HAUS-NR. | HERKUNFTSLAND |
| | | | | | |
| TELEFONNUMMER/ HANDYNUMMER | | | E-MAIL ADRESSE | | |
| | | | | | |
| ADRESSE UND TELEFONNUMMER DES DIENSTGEBERS / DER AUSBILDUNGSSTÄTTE | | | | BESCHÄFTIGUNGSMASS | |
| | | | | <input type="checkbox"/> VOLLBESCHÄFTIGUNG <input type="checkbox"/> TEILZEITBESCHÄFTIGUNG <input type="checkbox"/> KARENZ BIS <input type="checkbox"/> NICHT IN AUFRECHTEM DIENST- VERHÄLTNIS bzw. KINDERGELD- BEZIEHERIN | |
| AKTUELLER FAMILIENSTAND | | | | | |
| <input type="checkbox"/> LEDIG <input type="checkbox"/> EINGETRAGENE PARTNERSCHAFT <input type="checkbox"/> GESCHIEDEN <input type="checkbox"/> VERHEIRATET <input type="checkbox"/> IN LEBENSGEMEINSCHAFT <input type="checkbox"/> KEINE ANGABE <input type="checkbox"/> VERWITWET <input type="checkbox"/> GETRENNT LEBEND | | | | | |

3. ANGABEN ZUM VATER / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

| | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|----------------|---|---------------|
| FAMILIENNAME | | VORNAME | | GEBURTSDATUM | |
| | | | | | |
| PLZ | STRASSE | | | HAUS-NR. | HERKUNFTSLAND |
| | | | | | |
| TELEFONNUMMER/ HANDYNUMMER | | | E-MAIL ADRESSE | | |
| | | | | | |
| ADRESSE UND TELEFONNUMMER DES DIENSTGEBERS / DER AUSBILDUNGSSTÄTTE | | | | BESCHÄFTIGUNGSMASS | |
| | | | | <input type="checkbox"/> VOLLBESCHÄFTIGUNG | |
| | | | | <input type="checkbox"/> TEILZEITBESCHÄFTIGUNG | |
| | | | | <input type="checkbox"/> KARENZ BIS | |
| | | | | <input type="checkbox"/> NICHT IN AUFRECHTEM DIENST- VERHÄLTNIS bzw. KINDERGELD- BEZIEHER | |
| AKTUELLER FAMILIENSTAND | | | | | |
| <input type="checkbox"/> LEDIG | <input type="checkbox"/> EINGETRAGENE PARTNERSCHAFT | <input type="checkbox"/> GESCHIEDEN | | | |
| <input type="checkbox"/> VERHEIRATET | <input type="checkbox"/> IN LEBENSGEMEINSCHAFT | <input type="checkbox"/> KEINE ANGABE | | | |
| <input type="checkbox"/> VERWITWET | <input type="checkbox"/> GETRENNT LEBEND | | | | |

4. ANGABEN ZUR KINDERBETREUUNGSEINRICHTUNG

| | | | |
|---|---------------------------------|---|---------------------------------|
| ICH BRAUCHE FÜR MEIN KIND FOLGENDE BETREUUNG | | BEGINN DATUM | ANWESENHEIT |
| <input type="checkbox"/> GANZTÄGIG MIT ESSEN <input type="checkbox"/> NUR ESSEN | | | |
| WURDE IHR KIND ZUVOR SCHON IN EINER STÄDTISCHEN EINRICHTUNG BETREUT? | | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | |
| WENN JA, IN WELCHER EINRICHTUNG? | | | |
| BEZAHLUNG ERFOLGT DURCH | <input type="checkbox"/> MUTTER | <input type="checkbox"/> VATER | <input type="checkbox"/> ANDERE |

5. ANGABEN ZUM/ZUR ZAHLER/IN (wenn Beitrag nicht von der Mutter/dem Vater bezahlt wird)

| | | | | | |
|----------------------------|---------|---------|----------------|--------------|---------------|
| FAMILIENNAME | | VORNAME | | GEBURTSDATUM | |
| | | | | | |
| PLZ | STRASSE | | | HAUS-NR. | HERKUNFTSLAND |
| | | | | | |
| TELEFONNUMMER/ HANDYNUMMER | | | E-MAIL ADRESSE | | |
| | | | | | |

6. BESTÄTIGUNG UND UNTERSCHRIFT DES / DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN

Mit der Unterschrift dieses Antrages erfolgt die verbindliche Anmeldung für das oben angeführte Kind und ich verpflichte mich im Falle der Aufnahme zur regelmäßigen Bezahlung des vorgeschriebenen Kostenbeitrages.

Weiters bestätige ich Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben

.....
ORT, DATUM

.....
UNTERSCHRIFT