

## Anmeldung 2022/2023

 Erstanmeldung

 Wiederanmeldung

Eingangstempel \_\_\_\_\_

Geschlecht

 Weiblich

 Männlich

 Divers

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Religion

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Muttersprache

Deutschkenntnisse

 Ja

 Nein

SVNR

Mitversichert bei

 Mutter

 Vater

Kinderarzt/-ärztin

Telefonnummer

Letzte Tetanusimpfung

FSME Impfung

 Ja

 Nein

Erhöhter Förderbedarf (mit Gutachten)

 Ja

 Nein

Besondere Anmerkungen (Allergien, Unverträglichkeiten, Krankheiten, Auffälligkeiten, Therapien)

### Einverständniserklärung zur Abgabe von Kaliumjodidtabletten

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

 Ja

Ich erteile entsprechend dem beiliegenden Merkblatt für Eltern und Erziehungsberechtigte die Einwilligung, meinem Kind Katastrophenfall – nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden – Kaliumjodidtabletten zu verabreichen und bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten bzw. Gegenanzeigen zur Einnahme von Kaliumjodidtablette bekannt sind.

 Nein

Ich erteile die Einwilligung nicht.

ANGABEN ZUM KIND

GESCHWISTER

Vorname/Geburtsjahr

Vorname/Geburtsjahr

Vorname/Geburtsjahr

Vorname/Geburtsjahr

Vorname/Geburtsjahr

Vorname/Geburtsjahr

Vorname/Geburtsjahr

Vorname/Geburtsjahr

ANGABEN ZU ERZIEHUNGBERECHTIGTEN PERSONEN

Geschlecht  Weiblich  Männlich  Divers

---

Titel/Nachname Vorname

---

Telefonnummer Privat Telefonnummer Arbeit

---

Tagsüber erreichbar E-Mail

Deutschkenntnisse  Ja  Nein Obsorge  Ja  Nein

Alleinerziehend  Ja  Nein Karenz  Ja  Nein

Berufstätig  Ja  Vollzeit  Teilzeit  Geringfügig  Ausbildung

Nein

---

Beruf Beschäftigt bei

---

Geschlecht  Weiblich  Männlich  Divers

---

Titel/Nachname Vorname

---

Telefonnummer Privat Telefonnummer Arbeit

---

Tagsüber erreichbar E-Mail

Deutschkenntnisse  Ja  Nein Obsorge  Ja  Nein

Alleinerziehend  Ja  Nein Karenz  Ja  Nein

Berufstätig  Ja  Vollzeit  Teilzeit  Geringfügig  Ausbildung

Nein

---

Beruf Beschäftigt bei

Wohnhaft  gemeinsamer Haushalt  abweichende Adresse

---

Straße/Hausnummer PLZ/Ort

WEITERE KONTAKTPERSONEN

1. Name Telefonnummer

---

2. Name Telefonnummer

---

3. Name Telefonnummer

---

ABHOLBE-RECHTIGTE

1. Name 2. Name

---

3. Name 4. Name

---

Die von Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten werden aufgrund einer Vereinbarung gem. Art 6 Abs 1 lit. B DSGVO verarbeitet. Detaillierte Informationen zur Verarbeitung und zu Ihren Rechten als betroffene Person finden sie unter: <http://dsb.gv.at/>

Datum Unterschrift