



# Transferierungsbericht

NÖ Kinderbetreuungseinrichtung:

Telefonnummer:

--	--

Adresse :

Gemeinde:

--	--

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

--	--

Adresse:

Erziehungsberechtigte/r: *(Name und Tel.)*

--	--

Erstsprache: *(Muttersprache)*

Sozialversicherungsnummer:

--	--

Wichtige Informationen für den Arzt *(z.B.: Epilepsie, einzunehmende Medikamente, usw.)*

*Tetanusimpfung: o ja o nein*

--

**Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten**

Wird im Falle eines Unfalles von der Kinderbetreuungseinrichtung ausgefüllt:

Anwesende Betreuungsperson:

Datum:

Uhrzeit:

--	--	--

Beschreibung des Ereignisses (Unfall, Krampfanfall, etc.):

--

--

**Datum, Unterschrift der Betreuungsperson**