



Transferierungsbericht

NÖ Landeskindergarten	Telefonnummer
Adresse (Strasse/Nummer, PLZ/Ort)	Gemeinde

Name des Kindes	Familienname	Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geschlecht
Sozialversicherungsnummer	Erziehungsberechtigte/r	Name	Telefonnummer	
Erstsprache(n)	Adresse			

Wichtige Informationen für medizinische Notfälle (z.B.: Epilepsie, einzunehmende Medikamente, usw.)	Tetanusimpfung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Wird im Falle eines Unfalls vom Personal des NÖ Landeskindergartens ausgefüllt

Anwesende Betreuungsperson	Datum	Uhrzeit

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

Datum

Unterschrift der Betreuungsperson