



Transferierungsbericht

NÖ Landeskindergarten	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse (Strasse/Nummer, PLZ/Ort)	Gemeinde
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Name des Kindes	Familienname	Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sozialversicherungsnummer	Erziehungsberechtigte/r Name		Telefonnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Erstsprache(n)	Adresse			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

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

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Wird im Falle eines Unfalles vom Personal des NÖ Landeskindergartens ausgefüllt

Anwesende Betreuungsperson	Datum	Uhrzeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beschreibung des Ereignisses (Unfall, Krampfanfall, etc..)		
<input type="text"/>		

Datum

Unterschrift der Betreuungsperson