



## EVIDENZBLATT

Schuljahr \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

|                                                  |               |                 |  |
|--------------------------------------------------|---------------|-----------------|--|
| Familien- und Vorname                            |               | Geburtsdatum    |  |
| Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnr.)        |               |                 |  |
| Sozialversicherungsnummer des Kindes             |               | Krankenkassa    |  |
| Staatsangehörigkeit                              | Muttersprache | Andere Sprachen |  |
| Klasse                                           | Schulstufe    | Religion        |  |
| Geschwister (z.B. Felix 2010, Sarah 2014)        |               |                 |  |
| Name und Anschrift des Hausarztes _____<br>_____ |               |                 |  |
| Krankheiten _____<br>_____                       |               |                 |  |

Anzahl der regelmäßigen Besuchstage in der Woche     1     2     3     4     5

Wochentage     Montag     Dienstag     Mittwoch     Donnerstag     Freitag

### Außerschulische Veranstaltungen

geht regelmäßig am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr zum/ zur \_\_\_\_\_

Klassenwiederholung     Nein     Ja    Klasse \_\_\_\_\_

Hat ihr Kind sonderpädagogischen Förderbedarf?     Ja     Nein

Ist ihr Kind aus diesem Grund in einer Integrationsklasse?     Ja     Nein

Mein Kind darf im Zuge von Projekten und/ oder Veranstaltungen fotografiert bzw. gefilmt werden.  
Bilder und/ oder Mitschnitten dürfen in den Medien (diversen Zeitungen und TV) veröffentlicht  
werden.     Ja     Nein

Überstanden Krankheiten \_\_\_\_\_

Gesundheitliche Besonderheiten (Allergien, etc.) \_\_\_\_\_

Brillenträger/-in     Ja     Nein

Sonstiges \_\_\_\_\_

Telefonnummern für Notfälle

Darf Ihr Kind bei einem Unfall zur Versorgung zum Arzt bzw. in die Ambulanz gebracht werden?

Ja     Nein



| Impfungen eintragen bzw. Kopie vom Impfpass beilegen |                          |                          |                          |                          |
|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                      | 1. Teilimpfung           | 2. Teilimpfung           | 3. Teilimpfung           | 4. Teilimpfung           |
| DPT                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kinderlähmung                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MMR                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| FSME                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis B                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hib                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis A <input type="checkbox"/>                 |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Weitere Impfungen \_\_\_\_\_

Impfkomplikationen (z.B. Fieber) \_\_\_\_\_

### ELTERN BZW. ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

|               |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                |              |  |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|
| <b>Mutter</b> | Familien- und Vorname                                                                                                   |                                                                                                                                                                                | Geburtsdatum |  |
|               | Wohnsitzadresse                                                                                                         |                                                                                                                                                                                | Religion     |  |
|               | Staatsangehörigkeit                                                                                                     | Familienstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden<br><input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft |              |  |
|               | Telefonnummer                                                                                                           |                                                                                                                                                                                | E-Mail       |  |
|               | <input type="checkbox"/> berufstätig -> <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit Arbeitgeber |                                                                                                                                                                                |              |  |
|               | <input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung <input type="checkbox"/> Karenz. Berufseintritt:                            |                                                                                                                                                                                |              |  |

|              |                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                |              |  |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--|
| <b>Vater</b> | Familien- und Vorname                                                                                                   |                                                                                                                                                                                | Geburtsdatum |  |
|              | Wohnsitzadresse                                                                                                         |                                                                                                                                                                                | Religion     |  |
|              | Staatsangehörigkeit                                                                                                     | Familienstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden<br><input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft |              |  |
|              | Telefonnummer                                                                                                           |                                                                                                                                                                                | E-Mail       |  |
|              | <input type="checkbox"/> berufstätig -> <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit Arbeitgeber |                                                                                                                                                                                |              |  |
|              | <input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung <input type="checkbox"/> Karenz. Berufseintritt:                            |                                                                                                                                                                                |              |  |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, allfällige Änderungen umgehend zu melden. Ich bestätige weiters, die Kinderbetreuungseinrichtungsordnung zur Kenntnis genommen zu haben und mich gemäß dieser zu verhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten