

**Aufnahme**  
in die integrative oder heilpädagogische Gruppe des Kindergartens  
der Lebenshilfe, Ernst-Greinstraße 4, 5020 Salzburg

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>Datum des Aufnahmegesprächs:</b> |  |
| <b>Gespräch geführt mit:</b>        |  |
| <b>Aufnahmedatum:</b>               |  |

|                                  |  |                                   |                                   |
|----------------------------------|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Name des Kindes:</b>          |  | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich |
| <b>Geburtsdatum:</b>             |  | <b>Geburtsort:</b>                |                                   |
| <b>Sozialversicherungs- Nr.:</b> |  |                                   |                                   |
| <b>Adresse:</b>                  |  |                                   |                                   |
| <b>Religionszugehörigkeit:</b>   |  | <b>Staatsbürgerschaft:</b>        |                                   |

| <b>Vater:</b>              |  | <b>Mutter:</b> |  |
|----------------------------|--|----------------|--|
| <b>Name:</b>               |  |                |  |
| <b>Adresse:</b>            |  |                |  |
| <b>Telefon u. Email:</b>   |  |                |  |
| <b>Geburtsdatum:</b>       |  |                |  |
| <b>Beruf:</b>              |  |                |  |
| <b>Staatsbürgerschaft:</b> |  |                |  |

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>Diagnose:</b> |  |
|                  | Die Diagnose wurde gestellt von: ..... |

|                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| <b>Kindergartengruppe:</b> | Integrationsgruppe      |
|                            | Heilpädagogische Gruppe |

|                      |                               |
|----------------------|-------------------------------|
| <b>Bustransport:</b> | <input type="checkbox"/> Ja   |
|                      | <input type="checkbox"/> Nein |

**Beschreibung des Kindes:**

**Kooperationspartner (in der Begleitung des Kindes):**

**Anlage:**

Empfehlung

Ärztliches Gutachten

Sonstiges:

**Bei einer Nichtinanspruchnahme des Kindergartenplatzes hat eine sofortige Rückmeldung an die Kindergartenleitung zu erfolgen.**

**Einverständniserklärung & Zusatzinformationen**

|   |  |
|---|--|
| <b>Kindergarten empfohlen durch:</b>    |  |
| <b>Erwartungen an den Kindergarten:</b> |  |

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Erhöhte Familienbeihilfe:</b> | <input type="checkbox"/> ja   |
|                                  | <input type="checkbox"/> nein   |
| <b>Pflegegeld:</b>               | <input type="checkbox"/> ja <span style="float: right;">Stufe:</span> |
|                                  | <input type="checkbox"/> nein   |

|  |              |            |
|--|--------------|------------|
| <b>Medikamente (Bezeichnung, Dosierung):</b> | Bezeichnung: | Dosierung: |
|--|--------------|------------|

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Besondere Ernährungshinweise:</b> |  |
|--------------------------------------|--|

**Geschwister des Kindes:**

|              |           |   |             |           |
|--------------|-----------|---|-------------|-----------|
| <b>Name:</b> | 1.) ..... | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | <b>Geb.</b> | 1.) ..... |
|              | 2.) ..... | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w |             | 2.) ..... |
|              | 3.) ..... | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w |             | 3.) ..... |

**Erklärung:**

Ich möchte das Angebot der Kindergartenbetreuung in Anspruch nehmen und gebe mein Einverständnis, dass die für mein Kind zuständige Kindergartenpädagogin, sowie die Leitung des Kindergartens und die Fachpersonen, die zusätzlich mit dem Kind arbeiten, Einblick in die pädagogischen, psychologischen und medizinischen Unterlagen nehmen dürfen. Berichte können bei Bedarf im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung an andere, mit meinem Kind befasste Stellen weitergegeben werden.

Ich wurde über die Probezeit für mein Kind sowie über die Gründe für einen vorzeitigen Austritt aus dem Kindergarten informiert.

Ich wurde darüber informiert, dass alle involvierten Personen der Schweigepflicht unterliegen.

.....

Ort, Datum Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten