



Stadtgemeinde Zistersdorf
Hauptstraße 12
2225 Zistersdorf
stadtgemeinde@zistersdorf.gv.at
02532 2401

Eingangsstempel

Bitte vollständig und leserlich in
BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen

KINDERGÄRTEN
der Stadtgemeinde Zistersdorf
ANMELDUNG für das Kindergartenjahr ____ / ____

Formular kann auch Online ausgefüllt
werden unter www.zistersdorf.at

NUR VOM KINDERGARTEN AUSZUFÜLLEN!

Ab _____ wird das u.a. Kind folgenden Kindergarten bzw. Gruppe besuchen:

Zistersdorf 1	Gruppe 1	Loidesthal	Gruppe 1
Schlossberggasse 8	Gruppe 2	Kirchenstraße 36	Gruppe 2
	Gruppe 3		
	Gruppe 4	Großinzersdorf	Gruppe 1
Zistersdorf 2	Gruppe 1	Großinzersdorf 168	
Umfahrungsstraße 22c	Gruppe 2		

Datum & Unterschrift Kindergartenleitung

Kind

Familienname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Sozialversicherungsnummer _____

Geschlecht weiblich männlich

Staatsangehörigkeit _____ Erstsprache _____

Wohnadresse _____

(PLZ, Ort, Straße, Hausnr./Stiege/Tür)

Mein Kind hat einen erhöhten Betreuungsbedarf bzw. eine Behinderung? ja nein

Bevorzugter Standort

Kindergarten Zistersdorf Schlossberggasse

Kindergarten Loidesthal

Kindergarten Zistersdorf am Schlossteich

Kindergarten Großinzersdorf

ein Geschwisterkind besucht bereits einen Kindergarten in _____

Familienname _____ Vorname _____

Gewünschtes Eintrittsdatum (TT.MM.JJ) _____

Obsorgeberechtigte/r

MUTTER (VOR- und ZUNAME): _____

Geburtsdatum: _____

berufstätig Beschäftigungsausmaß (Stunden/Woche): _____

Arbeitgeber: _____

Arbeitszeiten (von - bis):

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

nicht berufstätig

in Karenz

arbeitslos

im Haushalt

in Ausbildung

selbständig erwerbstätig

akademischer Grad _____

Geschlecht _____

Staatsangehörigkeit _____

Wohnadresse _____

(PLZ, Ort, Straße, Hausnr./Stiege/Tür)

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Ich bin AlleinerzieherIn ja nein

Obsorgeberechtigte/r

VATER/ SONSTIGE OBSORGEBERECHTIGTE/R (VOR- und ZUNAME):

Geburtsdatum: _____

berufstätig Beschäftigungsausmaß (Stunden/Woche): _____

Arbeitgeber: _____

Arbeitszeiten (von - bis):

Montag

Dienstag

Mittwoch

Donnerstag

Freitag

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

nicht berufstätig

in Karenz

arbeitslos

im Haushalt

in Ausbildung

selbständig erwerbstätig

akademischer Grad _____

Geschlecht _____

Staatsangehörigkeit _____

Wohnadresse _____

(PLZ, Ort, Straße, Hausnr./Stiege/Tür)

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Ich bin AlleinerzieherIn ja nein

sonstige Anliegen _____

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Stadtgemeinde Zistersdorf, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleichweise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Stadtgemeinde Zistersdorf auf mein/unser Konto gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Diese Ermächtigung gilt erst ab der nächsten Lastschrift.

Creditor-ID: AT93ZZZ00000004858

Mandatsreferenz:

Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber (Name, Anschrift)

Bezeichnung der Kreditunternehmung

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift der obsorgeberechtigten Person
