



## KINDERGÄRTEN der Stadtgemeinde Zistersdorf ANMELDUNG für das Kindergartenjahr \_\_\_\_/\_\_\_\_

Elektronisches Formular verfügbar unter  
[www.zistersdorf.at](http://www.zistersdorf.at)

### NUR VOM KINDERGARTEN AUSZUFÜLLEN!

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

**Zistersdorf 1**  
Schlossberggasse 8

Gruppe 1  
Gruppe 2  
Gruppe 3  
Gruppe 4

**Loidesthal**

Gruppe 1  
Gruppe 2

**Großinzersdorf**

Gruppe 1

**Zistersdorf 2**  
Umfahrungsstraße 22c

Gruppe 1  
Gruppe 2  
Gruppe 3

**Zistersdorf 3**  
Pfarrgartengasse

Gruppe 1  
Gruppe 2  
Gruppe 3

### Angaben zum Kind

Vorname: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Sozialversicherungsnr.: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Erstsprache: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Erhöhter Betreuungsbedarf:  Ja  Nein

### Bevorzugter Standort:

Kindergarten Zistersdorf Schlossberggasse

Kindergarten Loidesthal

Kindergarten Zistersdorf Umfahrungsstraße

Kindergarten Großinzersdorf

Kindergarten Zistersdorf Pfarrgartengasse

Ein Geschwisterkind besucht bereits einen Kindergarten in \_\_\_\_\_

Familiename: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Eine Eingewöhnungsphase im Monat vor dem 2. Geburtstag ist aufgrund von Berufstätigkeit gewünscht (Nachweis des Arbeitgebers erforderlich) :  Ja  Nein

Gewünschtes Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Familie / Obsorgeberechtigten

---

Vorname: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Akademischer Grad: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum.: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Ich bin AlleinerzieherIn:  Ja  Nein

Berufstätig  Nicht berufstätig  In Karenz  Arbeitslos  Im Haushalt  In Ausbildung  Selbständig erwerbstätig

Arbeitgeber und Beschäftigungsausmaß (Stunden/Woche):  
\_\_\_\_\_

Arbeitszeiten (von- bis):

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Angaben zur Familie / Obsorgeberechtigten

---

Vorname: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Akademischer Grad: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum.: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Ich bin AlleinerzieherIn:  Ja  Nein

Berufstätig  Nicht berufstätig  In Karenz  Arbeitslos  Im Haushalt  In Ausbildung  Selbständig erwerbstätig

Arbeitgeber und Beschäftigungsausmaß (Stunden/Woche):  
\_\_\_\_\_

Arbeitszeiten (von- bis):

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

sonstige Anliegen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tarife (pro Monat)	
Vormittag von 7:00 bis 13:00 beitragsfrei	Nachmittag ab 13:00 bis 17:00 (Stundenpakete)
	bis 10 Stunden € 40,00
	bis 20 Stunden € 63,00
	bis 40 Stunden € 88,00
	bis 60 Stunden € 107,00
	mehr als 60 Stunden € 119,00
Elternbeitrag pro Halbjahr € 82,50	
Essensmarken 10er Block € 40,00	
Turnusdienst € 11,00	

Ich ermächtige die Stadtgemeinde Zistersdorf, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Stadtgemeinde Zistersdorf auf mein Konto gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem 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