



unverbindliche VORNAMELDUNG

Landeszentrum für
Hör- und Sehbildung

Kindergarten und AEG

Datum heute: _____

Betreuungsbeginn gewünscht ab (Datum): _____

Kinderdaten:

Name: _____ Geb Tag _____

Mädchen Bub Inter

Kind trägt Hörgeräte Ci Hörprobleme Sprachprobleme
 Sehbeeinträchtigung Brille CODA Autismus

Weitere wichtig Informationen: _____

Bisherige Betreuungen / Förderungen: _____

Kontaktdaten der Eltern:

Name: _____

Adresse: _____

Email: _____

Tel Nr: _____

Berufstätig: Mutter teilzeit vollzeit
 Vater teilzeit vollzeit

Informationen:

Sprache/n in der Familie: _____

Geschwister: (Name und Alter) _____