|  |
| --- |
| Landeszentrum für  Hör- und Sehbildung  Elementare Bildungseinrichtungen  Kindergarten  Alterserweitere Gruppe |

Formular: Anfrage

Für einen Betreuungsplatz im LZHS

Datum heute: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Betreuungsbeginn gewünscht ab (Datum): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gewünschte Betreuungszeiten: o halbtags o ganztags

**Kinderdaten:**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geb. Tag\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mädchen O Bub O Inter O

O Kind trägt Hörgeräte O CI O Hörprobleme O Sprachprobleme

O Sehbeeinträchtigung O Brille O CODA O Autismus

Weitere wichtig Informationen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bisherige Betreuungen / Förderungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kontaktdaten der Eltern:**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel Nr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beschäftigung:

O Mutter O Teilzeit O Vollzeit o Karenz o arbeitssuchend

O Vater O Teilzeit O Vollzeit o Karenz o arbeitssuchend

**Allgemeine Informationen:** Sprache/n in der Familie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geschwister: (Name und Alter) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

WICHTIG: Die Zusage für einen Betreuungsplatz erfolgt erst im Jänner.

Eine fixe Aufnahme der Geschwister ist NICHT automatisch garantiert.