



der Marktgemeinde Raaba-Grambach

Franz-Schedlbauer-Weg 35, 8074 Raaba-Grambach



0664/ 34 11 470 [gts-raaba@raaba-grambach.gv.at](mailto:gts-raaba@raaba-grambach.gv.at)

0664/ 50 87 166



Spielen,

Lernen,

Gemeinsam

Aufwachsen

## STAMMDATENBLATT

**Angaben zum Kind:** (Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen)

Name:		Vorname:	
geboren am:		Staatsbürgerschaft:	
Straße:		Hausnr.:	PLZ:
Versicherung:		Versicherungsnummer:	
Religion:		Muttersprache:	

**Personen die im gleichen Haushalt wohnen**

☐ Mutter ☐ Lebensgefährtin ☐ Vater ☐ Lebensgefährte

Name:		Vorname:	
Straße:		Hausnr.:	PLZ:
Telefonnr.:		E-Mail:	
<input type="checkbox"/> alleinerziehend		Beruf:	
<input type="checkbox"/> vollzeitbeschäftigt		<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt	
<input type="checkbox"/> Karenz von:		bis:	

**Personen die im gleichen Haushalt wohnen**

☐ Vater ☐ Lebensgefährte ☐ Mutter ☐ Lebensgefährtin

Name:		Vorname:	
Straße:		Hausnr.:	PLZ:
Telefonnr.:		E-Mail:	
<input type="checkbox"/> alleinerziehend		Beruf:	
<input type="checkbox"/> vollzeitbeschäftigt		<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt	

**Wer darf das Kind außer den Erziehungsberechtigten abholen:**

Name:	Verhältnis zum Kind:	Telefonnr.:

**Wer darf das Kind NICHT abholen:**

Name:	Verhältnis zum Kind:	Telefonnr.:

**ACHTUNG!!! Im Notfall zu verständigen:**

Name:	Verhältnis zum Kind:	Telefonnr.:

## Wichtige Angaben zum Kind:

### Geschwister:

Name:	geboren am:
Name:	geboren am:

### Impfungen, die für den Ernstfall bekannt sein sollen:

Zecken:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tetanus:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hepatitis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Andere:	

### Wichtige Informationen:

Zutreffendes bitte ankreuzen:	Wenn ja, welche:
<input type="checkbox"/> Probleme bei der Geburt	
<input type="checkbox"/> Behinderungen	
<input type="checkbox"/> Chronische Krankheiten	
<input type="checkbox"/> Allergien / Unverträglichkeiten (z.B.: Bienen, Wespen,...)	
<input type="checkbox"/> Familiäre Veränderungen (Trennung, Scheidung, Todesfälle,...)	
<input type="checkbox"/> Wechsel der Erziehungsberechtigten (Adoption, Pflegefamilie, ...)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	

### Wichtige Informationen zur Ernährung Ihres Kindes:

<input type="checkbox"/> vegetarisch	<input type="checkbox"/> vegan	<input type="checkbox"/> kein Schweinefleisch
--------------------------------------	--------------------------------	---

<input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz	<input type="checkbox"/> Fructoseintoleranz	<input type="checkbox"/> Zöliakie
--	---	-----------------------------------

<input type="checkbox"/> Krebstiere (B)	<input type="checkbox"/> Ei (C)	<input type="checkbox"/> Fisch (D)	<input type="checkbox"/> Erdnuss (E)
<input type="checkbox"/> Soja (F)	<input type="checkbox"/> Schalenfrüchte (H)	<input type="checkbox"/> Sellerie (L)	<input type="checkbox"/> Senf (M)
<input type="checkbox"/> Sesam (N)	<input type="checkbox"/> Sulfite (O)	<input type="checkbox"/> Lupinen (P)	<input type="checkbox"/> Weichtiere (R)
<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

<input type="checkbox"/> Mein Kind hat keine Allergien / Unverträglichkeiten
--

Um Ihr Kind bestmöglich betreuen zu können,  
bitten wir Sie, das Formular vollständig auszufüllen!  
Bei Veränderungen (Wohnsitz, Telefonnummer, Allergien, etc.) ist die Schule  
bzw. die GTS unverzüglich zu informieren!  
Alle Informationen werden vertraulich behandelt!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten