



# Transferierungsbericht

NÖ Kinderbetreuungseinrichtung:

Telefonnummer:

--	--

Adresse:

Gemeinde:

--	--

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

--	--

Adresse:

Erziehungsberechtigte/r: *(Name und Tel.)*

--	--

Erstsprache: *(Muttersprache)*

Sozialversicherungsnummer:

--	--

Wichtige Informationen für den Arzt (z.B.: Epilepsie, einzunehmende Medikamente, usw.)

Tetanusimpfung: o ja o nein

--

--

*Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten*

Wird im Falle eines Unfalles von der Kinderbetreuungseinrichtung ausgefüllt:

Anwesende Betreuungsperson:

Datum:

Uhrzeit:

--	--	--

Beschreibung des Ereignisses (Unfall, Krampfanfall, etc.):

--

--

*Datum, Unterschrift der Betreuungsperson*