



# Transferierungsbericht

**NÖ Kinderbetreuungseinrichtung:**

NÖ Landeskindergarten

**Telefonnummer:**

07486/8381

**Adresse:**

Schulstraße 3

**Gemeinde:**

3293 Lunz/See

**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***