 ANMELDEFORMULAR

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Schülerin / Schüler | | | | | |  | | Erziehungsberechtigung | | | |
| Name |  | | | | |  | | Mutter+Vater |  | | |
| Vorname |  | | | | |  | | Mutter |  | | |
| Adresse |  | | | | | |  | Vater |  | | |
| PLZ / Ort |  |  | | | | |  |  | |
| Geburtsdatum |  | | | |  | |  | Geschwister |  | | |
| Muttersprache |  | | | | |  | | 1. Name |  | | |
| Geschlecht | m | | | w | |  | | Vorname |  | |  |
| Wohngemeinde |  | | | | |  | | Geburtsdatum |  | | |
| Heimatort |  | | | | |  | | 2. Name |  | | |
| Nationalität |  | | | | |  | | Vorname |  | | |
| Konfession |  | | | | | | Geburtsdatum | |  | | | |
| Krankenkasse |  | | | | |  | | 3. Name |  | | |
|  |  | | | |  | |  | Vorname |  | | |
| Vater |  | | | | |  | | Geburtsdatum |  | | |
| Name |  | | | | |  | |  |  | | |
| Vorname |  | | | | |  | | Kontaktperson / Tageseltern | | | |
| Geburtsdatum |  | | | | |  | | Name |  | | |
| Beruf |  | | | | |  | | Vorname |  | | |
| Muttersprache |  | | | | |  | | Tel. privat |  | |  |
| Tel. privat |  | | | |  | |  | Tel. Mobil |  | | |
| Tel. Geschäft |  | | | | |  | |  |  | | |
| Tel. Mobil |  | | | | |  | | Bemerkungen | | | |
| E-mail-Adresse |  | | | | |  | |  | | | |
|  |  | | | | |  | | Diese Angaben sind sehr wichtig. | | | |
| Mutter |  | | | | |  | | Sie dienen dem Wohl Ihres Kindes | | | |
| Name |  | | | | |  | | und helfen uns bei der Organisation | | | |
| Vorname |  | | | | |  | | des Schuljahres. | | | |
| Geburtsdatum |  | | | | |  | | Unser Kind hat: | | | |
| Beruf |  | | | | |  | | eine spezielle Krankheit/Allergie | | | |
| Muttersprache |  | | | | |  | | Frühberatung | | | |
| Tel. privat |  | | | | |  | | Logopädie | | | |
| Tel. Geschäft |  | | | | | |  | Sonstiges | | | |
| Tel. Mobil |  | | | | |  | |  | | | |
| E-mail-Adresse |  | | | | |  | |  | | | |
|  |  | | | | |  | |  | | | |
| Bei getrennt lebenden Eltern, zu- | | | | | |  | |  | | | |
| sätzliche Adresse der/des: | | | | | |  | |  | | | |
| Mutter | Vaters | | | | |  | | Unser Kind ist*:* | | | |
| Adresse |  | | | | |  | | fremdsprachig und braucht | | | |
| PLZ / Ort |  | |  | | |  | | zusätzlichen Deutschunterricht | | | |