

 EINTRITTSFORMULAR

 **Schuljahr 2025 / 26**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. |
|  |  |  | Sie dienen dem Wohl Ihres Kindes |
| Mutter |  | und helfen uns bei der Organisation |
| Name |       |  | des Schuljahres. |
| Vorname |       |  | Unser Kind hat: |
| Geburtsdatum |       |  | [ ]  eine spezielle Krankheit/Allergie |
| Beruf |       |  | [ ]  Frühberatung |
| Muttersprache |       |  | [ ]  Logopädie |
| Tel. privat |       |  | [ ]  Sonstiges |
| Tel. Geschäft |       |  |  |
| Tel. Mobil |       |  |  |
| E-mail-Adresse |       |  |  |
|  |  |  |  |
| Bei getrenntlebenden Eltern, zu- |  |  |
| sätzliche Adresse der/des: |  |  |
| Mutter | [ ]  Vaters [ ]  |  | Unser Kind ist*:* |
| Adresse |       |  | [ ]  fremdsprachig und braucht |
| PLZ / Ort |       |       |  |  zusätzlichen Deutschunterricht |