

<u>Vor- und Zuname des Kindes:</u>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
---	---

geboren am: _____ Geburtsort: _____ Geburtsland: _____

Falls nicht in Deutschland geboren:
 Ab wann in Deutschland: (Tag / Monat / Jahr): _____

Familiensprache: _____ Migrationshintergrund: ja nein

Anschrift des Kindes:

Straße: _____ **PLZ, Ort:** _____

Staatsangehörigkeit: _____ Religionszugehörigkeit: _____

Religionsteilnahme: _____

Masernschutz: vorgezeigt liegt nicht vor

Eltern oder Sorgeberechtigte

Vor- und Zuname der Mutter: _____

Anschrift der Mutter: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Notfall-Nr.: _____ Diensttelef.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Vor- und Zuname des Vaters: _____

Anschrift des Vaters: _____

Mobil: _____ Diensttelef.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Früher besuchte Schule: _____ **Wiederholte Klasse:** _____

Grundschule: _____ **Einschulungsjahr:** _____

Anmeldung für die Klasse:

Es liegen folgende Behinderungen, Allergien u. Krankheiten vor, die für den Schulalltag von Bedeutung sind:

Teilnahme Bläserklasse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Teilnahme GTS-Angebot	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Anmeldedatum: _____ Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten _____

