



Schüleraufnahme

Schülerdaten

Eintrittsdatum: 12.09.2017

Schulart: Klasse: **RS05** **WRS05**

Anmeldung Ganztagsangebot:
(für 1 Schuljahr verbindlich) Ja Nein

Nachname:	Vorname:
------------------	-----------------

Geschlecht: weibl. männl.

PLZ: _____

Straße/Hausnr.: _____

Telefon: _____

E-Mail Eltern: _____

E-Mail Schüler/-in _____

Geb.Datum: _____

Geb.Ort: _____

Geb.Land: _____

ggf. Aussiedl.jahr: _____

Muttersprache: _____
(überwiegende Verkehrssprache zuhause)

Wohnort: _____

Teilort: _____

Nottelefon: _____

Handy Mutter: _____

Handy Vater: _____

Staatsangeh.1: _____

Staatsangeh.2: _____

Konfession: ev rk keine
 sonst.: _____

Bisherige Schule: _____ Einschulung am: _____

Fahrschüler/-in Bus (Kappel/Grafenhausen/Rust + EM-Kreis) Bushaltestelle: _____

Einverständnis zur Veröffentlichung von Bildern auf unserer
Homepage und in schulischen Publikationen: Ja Nein

Gesundheitsdaten der Schülerin/des Schülers:	
Chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Epilepsie...)	
Hausarzt:	
ADHS <input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____
LRS <input type="checkbox"/>	

Elterndaten

Mutter: Nachname: _____ Vorname: _____

Vater: Nachname: _____ Vorname: _____

Sorgerecht: Gemeinsam Vater Mutter

Getrennt lebend? Abweichende Anschrift: _____

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte/r:

Sonstiges: _____ _____

Aufnahmegespräch / Persönliche Vorstellung am _____
bei _____