

Schülereinschreibung für das Schuljahr 2019/20

FAMILIENNAME und Vorname des Kindes:		
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Geburtsstaat:
Sozialversicherungsnr.:		Staatsbürgerschaft:
Erstsprache:		weitere Sprachen:
Religionsbekenntnis:		
Wohnadresse/Anschrift:		
Besuch des Kindergartens (in Jahren):		Name des Kindergartens:
Erziehungsberechtigte(r)/ Obsorgeberechtigte(r)		
Familiennamen und Vorname der Mutter:		Familiennamen und Vorname des Vaters:
Adresse:		Adresse:
Beruf:		Beruf:
Telefon:		Telefon:
E-Mail:		E-Mail:
Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig		
Obsorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Obsorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kind wohnt bei: <input type="checkbox"/> den Eltern/Obsorgeberechtigten <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> bei:		
Anmeldung zum Muttersprachunterricht: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> bosnisch/kroatisch/serbisch <input type="checkbox"/> rumänisch <input type="checkbox"/> albanisch <input type="checkbox"/> _____		Wir wohnen mehr als 1,5 km von der Schule entfernt und würden gerne einen Schulbus in Anspruch nehmen: <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</div>
Interesse an schulischer Nachmittagsbetreuung: <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</div>		Interesse an Mehrstufenklasse: <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</div>
Geschwisterzahl:	Geburtsjahre:	

Schülereinschreibung für das Schuljahr 2019/20

Linkshänder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hörprobleme: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Brillenträger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weit <input type="checkbox"/> kurzsichtig	
Wird Ihr Kind im Kindergarten von einem IZB Team betreut? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Ergotherapie: <input type="checkbox"/>	Physiotherapie: <input type="checkbox"/>	Sprachliche Frühförderung/ Logopädie: <input type="checkbox"/>	Motopädagogik: <input type="checkbox"/>
andere Therapien:		Zecken geimpft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstige Impfungen:	
Sonstige Angaben:			
Was uns wichtig ist:			
Von der Schulleitung auszufüllen:			
Was ich schon gut kann:		Anmerkungen der Schulleiterin:	
Datum:		Datum:	
_____ Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten		_____ Name der/des Einschreibenden	