**Anmeldeformular für das Schuljahr 20../..**

|  |
| --- |
| **Daten Schüler/in:** |
| Familienname: | Vorname:  | weitere Vornamen: |
| Geschlecht: | Sozialversicherungsnummer: | Geburtsdatum: | Religionsbekenntnis: |
| Geburtsort: | Geburtsstaat: | Staatsbürgerschaft: | Staatsbürgerschaft 2: |
| Alltagssprache 1\*: | Alltagssprache 2\*: | Alltagssprache 3\*: | Erstsprache 1\*: | Erstsprache 2\*: | Erstsprache 3\*: |
| Adresse: Straße:  | Hausnr.: | Stiege: | Tür: | PLZ: | Ort: | Staat: |
| Geschwister am G11 (Name und Klasse): |
| Freund/innen, mit denen mein Kind in die Klasse gehen will:1) | 2) |

\* Alltagssprache = Sprache, die zu Hause gesprochen wird.

\* Erstsprache = Sprache, die das Kind bis zum 3. Lebensjahr gesprochen hat.

|  |
| --- |
| **Daten Erziehungsberechtigte/r 1:** |
| Adressart (Mutter, ...): | Familienname: | Vorname: | Titel/Akad. Grad: |
| Adresse: Straße:  | Hausnr.: | Stiege: | Tür: | PLZ: | Ort: | Staat: |
| Emailadresse privat: | Emailadresse 2: |
| Mobiltelefon: | Telefon 2: |

|  |
| --- |
| **Daten Erziehungsberechtigte/r 2:** |
| Adressart (Mutter, ...): | Familienname: | Vorname: | Titel/Akad. Grad: |
| Adresse: Straße:  | Hausnr.: | Stiege: | Tür: | PLZ: | Ort: | Staat: |
| Emailadresse privat: | Emailadresse 2: |
| Mobiltelefon: | Telefon 2: |

* Ich bin damit einverstanden, dass meinem Kind im Katastrophenfall Kaliumjodidtabletten verabreicht werden.
* Ich bin nicht damit einverstanden, dass meinem Kind im Katastrophenfall Kaliumjodidtabletten verabreicht werden.
* Ich bin damit einverstanden, dass Fotos von meinem Kind die im Rahmen von Schulprojekten aufgenommen werden, auf der Schulhomepage bzw. in Schulpublikationen veröffentlicht werden.

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_