

Schüler*inneneinschreibung für das Schuljahr 2023/24

FAMILIENNAME des Kindes:		VORNAME des Kindes:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Geburtsstaat:	
Sozialversicherungsnr.: _____		Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> keine Angabe <input type="checkbox"/>	
Erstsprache:		Staatsbürgerschaft:	
Religionsbekenntnis:		weitere Sprachen:	
Wohnadresse/Anschrift:			
Besuch des Kindergartens (in Jahren):		Name des Kindergartens:	
Erziehungsberechtigte*r/ Obsorgeberechtigte*r			
Familiennamen und Vorname(n) der Mutter:		Familiennamen und Vorname(n) 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"/> ja		<input type="checkbox"/> bosnisch/kroatisch/serbisch <input type="checkbox"/> rumänisch <input type="checkbox"/> albanisch <input type="checkbox"/> _____	
Interesse an schulischer Nachmittagsbetreuung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Geschwisterzahl:		Geburtsjahre:	
Linkshänder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gehörprobleme: <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	

