

## 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:	
<b>Erziehungsberechtigte*r/ Obsorgeberechtigte*r</b>			
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	

## Schüler\*inneneinschreibung für das Schuljahr 2023/24

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:			
<b>Von der Schulleitung auszufüllen:</b>			
Was ich schon gut kann:		Anmerkungen der Schulleiterin:	
Interesse an GTS-Klasse (bis 14:10) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Interesse an Mehrstufenklasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Datum:		Datum:	
_____		_____	
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten		Unterschrift der Schulleitung	