

Bitte ausfüllen und bei Zutreffendes ankreuzen

| Angaben Schüler/in | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|
| Name: | | Vorname: | | Staatsangehörigkeit: | |
| Geburtsdatum: | | Geburtsort: | | Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers | |
| Anschrift: | | | | Konfession: | |
| Telefon: | | Krankenversicherung: versichert bei <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> | | | |
| Integration/ Inklusion: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Grund: | | | | Migrationshintergrund: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Krankheiten/ Behinderungen:* | | | | Sonstiges:(z. Bsp. LRS, Dyskalkulie) | |
| Personensorgeberechtigte | | | Sorgerecht: <input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> nur Mutter <input type="checkbox"/> nur Vater <input type="checkbox"/> Vormund | | |
| Personensorgeberechtigter (1) | | | Personensorgeberechtigter (2) | | |
| Name: | | Vorname: | | Name: | |
| Vorname: | | | | Vorname: | |
| PLZ/ Wohnort: | | | PLZ/ Wohnort: | | |
| Straße/ Hausnr.: | | | Straße/ Hausnr.: | | |
| Telefonnr.: | | | Telefonnr.: | | |
| Mailadresse:* | | | Mailadresse:* | | |
| Sonstige Angaben | | | | | |
| derzeitige Schule: <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/> Gym Name/ Ort: | | | | | |
| Einwilligung zur Darstellung von Bildern oder Videos auf der Homepage der Schule und in Medien. | | | | | |
| Um unser Schulleben und alle Aktivitäten unserer Schule in der Öffentlichkeit bekannt zu machen, möchten wir diese auf unserer Schulhomepage oder in Zeitungen veröffentlichen und dokumentieren. Wir bitten Sie, uns Ihr Einverständnis zu geben. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> wir sind einverstanden <input type="checkbox"/> wir sind unter folgenden Bedingungen einverstanden: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> wir sind nicht einverstanden | | | | | |
| Unterschrift Personensorgeberechtigter(1) | | | Unterschrift Personensorgeberechtigter(2) | | |

*freiwillige Angaben