

## Anmeldebogen Schulneulinge

Unterschrift Schulleitung / Sekretariat

Nachname / Familienname	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht
Geburtsort	Religionszugehörigkeit / Teilnahme
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Familiensprache / Deutschförderung	Weitere Staatsangehörigkeiten
Zuzugsdatum nach Deutschland	Herkunftsland
Krankenkasse	Ganztagsschule
Klafikefikasse	Gariztagsschule
Krankheiten / Allergien	Ţ.
Trial military vine igner	
*	
Angaben zur Person: Sorgeberechtigte/r	
1. Sorgeberechtigte/r	2. Sorgeberechtigte/r
Stellung zum Kind – z.B. Mutter	Stellung zum Kind – z.B. Vater
Nachname / Familienname	Nachname / Familienname
Vorname	,
Vomame	Vorname
Vomame	Vorname
Straße, Hausnummer	Vorname Straße, Hausnummer
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
	26
Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort	Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort	Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort
Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort  Stadtteil	Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort  Stadtteil
Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort  Stadtteil	Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort  Stadtteil
Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort  Stadtteil  Telefon	Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort  Stadtteil  Telefon  Mobil
Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort  Stadtteil  Telefon	Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort  Stadtteil  Telefon
Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort  Stadtteil  Telefon  Mobil	Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort  Stadtteil  Telefon  Mobil
Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort  Stadtteil  Telefon  Mobil  E-Mail-Adresse	Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort  Stadtteil  Telefon  Mobil  E-Mail-Adresse
Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort  Stadtteil  Telefon  Mobil  E-Mail-Adresse  Termin schulärztliche Untersuchung (Datum, Uhra	Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort  Stadtteil  Telefon  Mobil  E-Mail-Adresse
Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort  Stadtteil  Telefon  Mobil  E-Mail-Adresse	Straße, Hausnummer  PLZ – Wohnort  Stadtteil  Telefon  Mobil  E-Mail-Adresse

Unterschrift Sorgeberechtigte/r