

ANMELDUNG ab Schuljahr _____

Vor- und Zuname Schüler/in				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich		
Österr. Sozialversicherungsnummer				
Geburtsdatum				
Geburtsort und -land				
Staatsbürgerschaft				
Muttersprache				
Konfession				
Volksschule in				
Schullaufbahn (zB 1-2-2-3-4)				+ <input type="checkbox"/>
Bereits erfolgter Schulbesuch in Ö. bei nichtdeutscher Muttersprache	<input type="checkbox"/> 1 Jahr	<input type="checkbox"/> 2 Jahre	<input type="checkbox"/> 3 Jahre	<input type="checkbox"/> 4 Jahre
das Kind wohnt bei	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> andere:
Straße u. Hausnummer				
PLZ und Wohnort				
Name 1.Erziehungsberechtigte/r				
Tel.				
Name 2.Erziehungsberechtigte/r				
Tel.				
Name andere				
Tel.				
Mailadresse Erziehungsberechtigte/r				

Die folgenden Daten zur Gesundheit Ihres Kindes sind in erster Linie für den Schularzt bestimmt. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert bei akuten Problemsituationen die Arbeit für den Klassenlehrer und den Schularzt und kann hilfreich für Ihr Kind sein!

Besondere Erkrankungen	
Operationen/Unfallfolgen	
Allergien	
Asthma	
Epilepsie	
Regelm. Medikamenteneinnahme	
Lebensmittelunverträglichkeit	

 Ort, Datum

 Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Für die Direktion:

Meldezettel <input type="checkbox"/>	Rel.bek. <input type="checkbox"/>	GTS <input type="checkbox"/> _____ T	ord. <input type="checkbox"/> ao <input type="checkbox"/>
Geburtsurkunde <input type="checkbox"/>	SVnr <input type="checkbox"/> ErsatzKZ <input type="checkbox"/>	Mutterspr.Slk <input type="checkbox"/>	Sprengelfr. Ans. <input type="checkbox"/> BD ok <input type="checkbox"/>
Staatsbürgerschaftsn. <input type="checkbox"/>	Zeugnis <input type="checkbox"/>	IPad +MS <input type="checkbox"/>	WebAs ok <input type="radio"/>