

ANMELDUNG ab Schuljahr _____

Vor- und Zuname Schüler/in			
Geschlecht	☐ männlich	☐ weiblich	☐ divers
Österr. Sozialversicherungsnummer			
Geburtsdatum, Geburtsort	geb. am	Ort	Land
Staatsbürgerschaft, Erstsprache			
Religionsbekenntnis			
Schullaufbahn (zB 1-2-2-3-4), in....			
Bereits erfolgter Schulbesuch in Ö. bei nichtdeutscher Muttersprache	☐ 1 Jahr	☐ 2 Jahre	☐ 3 Jahre ☐ 4 Jahre ☐ mehr
das Kind wohnt bei	☐ Eltern	☐ Mutter	☐ Vater ☐ andere:
Straße u. Hausnummer			
PLZ und Wohnort			
Name 1.Erziehungsberechtigte/r, Beruf Tel.			
Name 2.Erziehungsberechtigte/r, Beruf Tel.			
Notfallkontakt: Name,Tel.			
Mailadresse Erziehungsberechtigte/r			
Geräteinitiative (IPad , Laptop)	☐ ja	☐ nein	
Office 365	☐ ja	☐ nein	
GTS voraussichtlich	☐ 1Tag	☐ 2Tage	☐ 3Tage ☐ 4Tage ☐ 5Tage

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 1.Erziehungsberechtigte/r

Unterschrift 2.Erziehungsberechtigte/r

Für die Direktion:

Meldezettel ☐	Rel.bek. ☐	GTS _____ T	ord. ☐ ao ☐
Geburtsurkunde ☐	SVnr ☐ ErsatzKZ ☐	Mutterspr.Slk ☐	Sprengelfr. Ans. ☐ BD ok ☐
Staatsbürgerschaftsn. ☐	Zeugnis ☐	IPad +MS ☐	WebAs ok ☐
			Mailverteiler ☐
Unterschriftsproben ☐			Liste Übersicht ☐