



Schüler – Anmeldeformular Neuzuzüger (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Personalien des Kindes

Mädchen

Knabe

Vor- und Nachname: _____

Bisherige Adresse: _____

Neue Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Bürgerort / Ausländer Nationalität: _____

Konfession: _____

Muttersprache: _____

Bisherige Klasse: _____

Deutschkenntnisse: gut mittel wenig keine

Bisherige/Aktuelle Therapien Logotherapie Ergotherapie _____

Ihr Kind hat die Möglichkeit, während eines halben Tages die neue Klasse zu besuchen:
 Wir wünschen dieses Angebot Wir verzichten auf dieses Angebot

Gewünschter Schulzahnarzt: Zahnpraxis Osmani, Ebnat-Kappel
 Dr. med. dent. Nymann, Ebnat-Kappel
 Privatzahnarzt: Wir als Eltern übernehmen die Verantwortung für den jährlichen Zahnarztuntersuch sowie die damit verbundenen Kosten.

Eltern

Vater Vor- und Nachname: _____

Adresse, wenn abweichend von der Adresse des Kindes: _____

Mutter Vor- und Nachname: _____

Adresse, wenn abweichend von der Adresse des Kindes: _____

Telefon Festnetz: _____

Handy Mutter: _____ Handy Vater: _____

E-Mail Mutter: _____

E-Mail Vater: _____

Schulbesuch Ebnat-Kappel ab: _____ **Zuzug per:** _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

leer lassen

Klasseneinteilung Klasse: _____ Lehrperson: _____

provisorisch definitiv Schule: _____ Schulbesuch ab: _____