

Schülereinschreibung

für das Schuljahr

.....
Datum

Gemeinde:
ORT, Sprengel

FAMILIENNAME und Vorname:					
Geboren am:	in:				
Geburtsurkunde:	Zahl: vom:				
SV-Nr.:					
Staatsbürgerschaft:	laut:				
Muttersprache:	andere Sprachen:				
Religionsbekenntnis:					
<u>Erziehungsberechtigte(r):</u>	<u>Vormund/Pflegeeltern:</u>				
Name:	Name:				
Anschrift:	Anschrift:				
.....				
Tel.-Nr.:	Tel.-Nr.:				
E-Mail:	E-Mail:				
Beruf:	Beruf:				
Wohnadresse des Schülers (falls er nicht bei den Erziehungsberechtigten wohnt)					
Besuch des Kindergartens (in Jahren):	Ort:				
Beginn der allgemeinen Schulpflicht (Datum):	Ende (Schuljahr):				
Anfang des Schulbesuches am:	in der Schule:				
Vorzeitige Aufnahme (Datum):	Widerruf (Datum):				
<u>Impfungen:</u> bitte Jahreszahlen einsetzen!					
Pocken	<input type="text"/>	Polio 1	<input type="text"/>	FSME-1	<input type="text"/>
BCG-Impfung	<input type="text"/>	Polio 2	<input type="text"/>	FSME-2	<input type="text"/>
Di-Tet-Pert.	<input type="text"/>	MaMu	<input type="text"/>	FSME-3	<input type="text"/>
Di-Tet-Pert.	<input type="text"/>	Polio 3	<input type="text"/>	Röteln	<input type="text"/>
Di-Tet-Pert.	<input type="text"/>	Di-Tet-Auffr.	<input type="text"/>	Polio-Auffr.	<input type="text"/>
				FSME-Auffr.	<input type="text"/>
				Tet-Auffr.	<input type="text"/>
Kinderkrankheiten:					
Allergien:					

Operationen, Unfälle, frühere Erkrankungen:

Anfallsleiden:

Besondere Eigenheiten des Kindes:

Linkshänder: ja nein
Sehkraft:
Brillenträger: ja nein weit- oder kurzsichtig
Gehör:
Gewicht: kg Größe: cm
Krankenkasse (Hausarzt):
Geschwisterzahl: Geburtsjahre:

offensichtlich schulreif: ja nein
Rückstellung: ja nein
Schulpsychologie: ja nein

Sonstige Angaben:

Nachmittagsbetreuung (bitte ankreuzen):
ja nein Tage:

.....

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Unterschrift des Einschreibenden