



Schülerin/Schüler

Name _____ Vorname _____

In Klasse _____ Schuljahr _____ Telefon _____

Im Notfall anrufen _____

E-Mail _____

Datum der **Masern-Impfung** _____
(verpflichtend, bitte Kopie des Impfausweises beilegen)

Staatsangehörigkeit _____ Konfession _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Geburtsland _____

Anschrift

Straße _____

PLZ/Ort _____

Erziehungsberechtigt/sorgeberechtigt ist/sind

Vater: Vor- und Zuname _____

Mutter: Vor- und Zuname _____

Oder _____

Einschulung Grundschule

Wann (Jahr) _____ Ort _____

Zuletzt besuchte Schule _____ Klasse _____

Mitschülerwunsch für die zukünftige Klasse

(nicht mehr als 2 Kinder) _____

Besondere Beobachtungen über körperliche und geistige Entwicklung

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

(Ort, Datum)