



**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)