STADTTEILSCHULE SÜDERELBE

Verantwortung. Leben. Lernen.

Anmeldung / Zuschulung

Datum: _____

Schülerin/Schüler Daten	w ◯	m ◯	d ◯
Vorname:			
Nachname:			
Straße:	PLZ / Ort:		
Geburtsdatum:	Geburtsort / Land:		
Staatsangehörigkeit:	Zuzug nach Deutschland:		
In der Familie überwiegend gesprochene Sprache:			
1. Fremdsprache seit:	2. Fremdsprache seit:		
Einschulung am:	in:		
zuletzt besuchte Schule:			
Klasse: wiederholte Klasse:	zukünftige Klasse:		
Geschwister an unserer Schule:			
Schülerwünsche:			
Hobbys:			
Chronische Erkrankungen / Allergien:			
Unterstützungsbedarf:			
Leistungsberechtigt nach BuT:	ja ◯	nein ◯	

Notfallnummer:
Ansprechperson:

Schülerin/Schüler Daten	
Vorname:	
Nachname:	

Mutter	sorgeberechtigt: ja ◯ nein ◯
Vorname:	
Nachname:	
Straße:	PLZ / Ort:
Staatsangehörigkeit:	Geburtsort / Land:
Telefonnr.	e-mail:

Vater	sorgeberechtigt: ja ◯ nein ◯
Vorname:	
Nachname:	
Straße:	PLZ / Ort:
nur bei Abweichung der oben angegebenen Anschrift	
Staatsangehörigkeit:	Geburtsort / Land:
Telefonnr.	e-mail:

sonstige Betreuung:	sorgeberechtigt: ja ◯ nein ◯
Funktion / Kinder-und Jugendhilfeträger:	
Name:	
Telefonnr:	e-mail:
ASD / Jugendamt:	
Name:	
Telefonnr.:	e-mail: