

## Anmeldebogen

Name, Vorname des Schülers (Rufname unterstreichen):		
Geb.-Datum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m / <input type="checkbox"/> w	Geb.-Ort:
Straße:		PLZ, Wohnort:
Staatsangehörigkeit:	Konfession:	Teilnahme am Rel.-Unterricht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon u. Handy/Notfall-Nr. (mind. 2 Nummern angeben!):		
1. _____	2. _____	3. _____
Erziehungsberechtigt (bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige		
Name des Vater: _____		
Geburtsland : _____ Zuzugsjahr: _____		
E-Mail-Adresse: _____		
Anschrift (sofern anders als oben): _____		
Staatsangehörigkeit: _____ Beruf (freiwillige Angabe): _____		
Name der Mutter: _____		
Geburtsland : _____ Zuzugsjahr: _____		
E-Mail-Adresse: _____		
Anschrift (sofern anders als oben): _____		
Staatsangehörigkeit: _____ Beruf (freiwillige Angabe): _____		
Verkehrssprache in der Familie (nur bei Migranten):		
Eintritt in die Grundschule: _____ zuletzt besuchte Grundschule: _____		
Kindergarten: _____ Besuch von/bis: _____		
Körperliche Behinderung, Schwächen oder Unverträglichkeiten des/der Angemeldeten:		
Offener Ganztag (bis mind. 15.00 Uhr) bzw. Übermittag-Betreuung (bis 14.00 Uhr) erwünscht (Antrag muss noch gesondert gestellt werden) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Ich bin damit einverstanden, dass die Schule Foto-/Filmaufnahmen im Rahmen von schulischen Veranstaltungen und für schulische Zwecke machen und veröffentlichen darf. Die Nutzung für kommerzielle Zwecke oder Funk- und Fernsehstrahlung bedarf der gesonderten Zustimmung. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Ich bin damit einverstanden, dass die Schulleitung bzw. von der Schulleitung beauftragte Lehrkräfte der Montessorischule im Zusammenhang mit dem Schulbesuch meines Kindes zu MitarbeiterInnen anderer Einrichtungen wie

- Kindergarten \_\_\_\_\_
- Kinderarzt \_\_\_\_\_
- Ergotherapeuten/Logopäden \_\_\_\_\_
- Kinderklinik/SPZ \_\_\_\_\_
- Sonstige \_\_\_\_\_

Kontakt aufnehmen und mündliche bzw. schriftlich Informationen austauschen können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Erziehungsberechtigten)