

SCHULZENTRUM HANS SACHS

Volksschule und Allgemeine Sonderschule



Datenblatt zur Schuleinschreibung

Schüler/in:

Bitte Foto
aufkleben!

| | | | |
|---------------------------|--|--|--------------|
| Vorname | | Nachname | |
| | | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | |
| Geburtsdatum | | Geburtsort | |
| | | | |
| Adresse | | Staatsbürgerschaft laut Passnummer | |
| | | | |
| Religionsbekenntnis | | Erstsprache | Zweitsprache |
| | | | |
| Sozialversicherungsnummer | | Geschwister | |
| | | | |
| Kindergarten (Name) | | Besuchsjahre | |
| | | | |

Eltern/Erziehungsberechtigte

| | |
|---|---------|
| Erziehungsberechtigte: <input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> | |
| Name der Mutter (geb. am) | Adresse |
| | |
| Telefonnummer/E-Mail | Beruf |
| | |

| | | |
|---|--|-------------------------------|
| Name des Vaters (geb. am) | Adresse | |
| | | |
| Telefonnummer | Beruf | |
| | | |
| Krankheiten (Allergien, Operationen, ...) | Behinderungen (Sehschwäche, Hörschwäche,...) | |
| | | |
| Muttersprachlicher Unterricht für | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| | | |
| Kaliumjodid Tabletten im Notfall | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |

| Schulische Tagesbetreuung | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Ganztagesbetreuung | <input type="checkbox"/> JA | | <input type="checkbox"/> NEIN | | | |
| Betreuungstage | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | | | | |

| Datentransfer Kindergarten Schule | |
|---|---|
| Ich bin mit Informationsaustausch zwischen KG und Schule einverstanden. | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN |

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift