



Anmeldung

| | | | |
|---|--|-----------------------|---------------|
| | Bitte hier in Blockschrift eintragen! | | |
| | ↓ | | |
| Aufnahme in Klasse/Jgst.: | Klasse 5 | Oberstufe (EF) | |
| Name: | | | |
| Vorname: | | | |
| Geburtsdatum: | | | |
| Geschlecht: | männlich | weiblich | |
| weitere Vornamen: | | | |
| Straße/Hausnummer: | | | |
| PLZ, Wohnort: | | | |
| Ortsteil: (Bitte unbedingt eintragen!) | | | |
| Erziehungsberechtigt sind: (Bitte ankreuzen!) | Eltern | Vater | Mutter |
| | Vater | | Mutter |
| Telefonnummer privat: | | | |
| Telefonnummer dienstl.: | | | |
| Handynummer: | | | |
| Weitere Telefonnummer im Notfall: (z.B. von Großeltern, oder Verwandten) | | | |
| E-Mail-Adresse Eltern: | | | |
| Familienname des(r) Erziehungsberechtigten: | | | |
| Vorname(n) des(r) Erziehungsberechtigten: | | | |
| Staatsangehörigkeit des(r) Erziehungsberechtigten: | | | |

| | | | |
|---|-------------------|-----------------|-------------------------------|
| Geburtsort des Kindes | | | |
| Konfession / Bekenntnis des Kindes (Religionszugehörigkeit) | | | |
| Das Kind soll teilnehmen am Unterricht im Fach: (Bitte ankreuzen!) | kath. Rel. | ev. Rel. | Praktische Philosophie |
| Staatsangehörigkeit des Kindes | | | |

| | | |
|---|-----------|-------------|
| Fotoerlaubnis: Ich bin mit der Veröffentlichung von Bildmaterial aus dem schulischen Kontext, auf dem mein Kind zu erkennen ist, für Printmedien oder digitale Präsentationen der Schule einverstanden. | Ja | Nein |
|---|-----------|-------------|

Angaben zur Gesundheit Ihres Kindes

Nachname u. Vorname des Kindes: _____

- Leidet Ihre Tochter/Ihr Sohn unter einer bestimmten Krankheit/Allergie oder anderen Beeinträchtigungen?

ja nein

– Art der Krankheit/Allergie: _____

– allergieauslösender Stoff: _____

– Medikamenteneinnahme: ja !! nein

– Art des Medikamentes: _____

– Lagerhinweise: _____

– Einnahmezeiten: _____

– sonstige besondere Hinweise:

Adresse und Telefonnummer des Hausarztes/behandelnden Arztes:

- Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr Kind und seine Krankheit/Allergie namentlich und! persönlich bezüglich spezieller Behandlungsweisen bei den SchülerInnen des! **Schulsanitätsdienstes** vorgestellt wird?

ja nein

- Ist Ihre Tochter / Ihr Sohn für gewisse Sportaktivitäten körperlich eingeschränkt?

!!!!!! ja und zwar _____

nein

Abfrage Schwimmfähigkeit

Mein Kind kann schwimmen: ja nein

(Mindesterwartung: 25 Meter ohne Hilfe im Schwimmerbecken)

Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Falls Ihr Kind nicht schwimmen kann, füllen Sie bitte untenstehende Erklärung aus:

Ich verpflichte mich, dafür zu sorgen, dass mein Kind bis zum Schuljahresbeginn 2018/19 schwimmen lernt.

Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten