

AUFNAHMEANFRAGE HELIAND-ZWEIG

KLASSE ____ Schuljahr 20 ____ / ____				
Vorname, Familienname des Kindes			<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Religion	
Gesetzlicher Vertreter des Kindes <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Vormund				
Mutter (Vorname, Familienname sowie Beruf)				
Vater (Vorname, Familienname sowie Beruf)				
Wohnsitz (PLZ, Ort)				
Straße				
Telefon		E-Mail		
Name und Ort des Kindergartens				
Name der Schule	Schulform	Klasse/n	von	bis
Wurde Ihr Kind psychologisch, neurologisch oder audiologisch untersucht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wurde ein sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, ist ein Verfahren nach AO-SF eingeleitet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Name der Geschwister	Geburtsdatum	Schule/Kindergarten	Klasse	
Sonstige Bemerkungen				

Ort, Datum

Unterschrift/en (Erziehungsberechtigte)