

Anmeldeformular Grund- und Gemeinschaftsschule Ahrensböök

Name Ihres Kindes:		Vorname:	
geb. am	in	Kreis/Land	
Staatsangehörigkeit:		Religionszugehörigkeit:	
PLZ	Wohnort	Ortsteil	
Straße		Telefon-Nr.	

Erziehungsberechtigte sind/ist bitte ankreuzen Anschrift, falls von obiger abweichend

<input type="checkbox"/> beide Elternteile	Name, Vorname, Tel.-Nr.
<input type="checkbox"/> nur Mutter	Name, Vorname, Tel.-Nr.
<input type="checkbox"/> nur Vater	Name, Vorname, Tel.-Nr.
E-Mail :	

Aussiedler: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Umsiedler: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Deutsch als Zweitsprache ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sprache im häuslichen Bereich:			
Name der Krankenkasse:				
Ihr Kind ist ...	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert

Besucher Kindergarten:			
bereits erfolgte Förderungen	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Logopädie
Anzahl der Geschwister an dieser Schule			
Soll Ihr Kind vorzeitig eingeschult werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

▶▶▶▶ Bitte die Geburtsurkunde zur Anmeldung mitbringen ◀◀◀◀

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)