

**Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig in Druckbuchstaben aus bzw. kreuzen entsprechende Angaben an!**

Schülerangaben bezüglich Neuaufnahme   
Veränderungen/Neuabfrage

Name des Kindes		Klasse	
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort / Land			
PLZ, Ort			
Straße, Nr.			
Telefon (Festnetz)			
versichert bei folgender Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	1. Sorgeberechtigte/r	
	<input type="checkbox"/>	2. Sorgeberechtigte/r	

Angaben zu den Eltern/ Sorgeberechtigten

	1. Sorgeberechtigte/r	2. Sorgeberechtigte/r
Name		
Vorname		
PLZ, Ort		
Straße, Nr.		
Notfalltelefonnummer dienstlich		
Handy		
E-Mail		

Andere Personen, die bei einem Notfall zu verständigen sind: (Großeltern, Verwandte,...)

Name, Vorname		
Beziehung zum Kind		
PLZ, Ort		
Straße, Nr.		
Notfalltelefonnummer dienstlich		
Handy		

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte