

Schuljahr / Klasse		Eintrittsdatum:	
Zuname		Vorname	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.		Geb.datum	
Geburtsort:		Geburtskreis	Geburtsland
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch		Sonstige:	
Muttersprache		<input type="checkbox"/> deutsch Sonstige: _____	
Straße/Hausnummer			
PLZ/Wohnort/Teilort			
Telefon:		Nottelefon/Handy:	
E-Mail:			
Bekenntnis:		<input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> Sonstige	
nicht getauft: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> alevitisch / altkatholisch / jüdisch / orthodox / syrisch-orthodox / Islam	
		<input type="checkbox"/> Islam sunnitisch	
Teilnahme am Religions-Unterricht:		<input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> Ethik	
<input type="checkbox"/> Teilnahme am türkisch muttersprachlichen Unterricht			
Herkunftsschule / Klasse		Wiederholungen (auch freiw. Wiederholungen)	
Chronische Erkrankungen:		Impfstatus Masernimpfung (Nachweis vorgelegt)	
Sorgerecht		<input type="checkbox"/> gemeinsam	<input type="checkbox"/> alleiniges
		1. Erziehungsberechtigter	2. Erziehungsberechtigter
Zuname			
Vorname			
Geschlecht		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Straße/Hausnummer			
PLZ/Wohnort			
Teilort			
Telefon			

Datum: _____

Unterschrift(en): _____