

Eğitim Yılı/Sınıf	Giriş Tarihi:	
Soyadı	Adı	
Cinsiyet: <input type="checkbox"/> kadın <input type="checkbox"/> erkek	Doğum Tarihi	
Doğum yeri:	Doğduğu bölge:	Doğduğu ülke:
Vatandaşlık: <input type="checkbox"/> deutsch	Diğer:	
Anadili	<input type="checkbox"/> Almanca Diğer: _____	
Sokak/Ev Numarası		
Postakodu/ Adres		
Telefon:	Acil tel numarası:	
E-Mail:		
Dini:	<input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> Diğer	
Vaftiz edilmedi: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aleviti / altkatholik / yahudi / orthodox / suriye-orthodox / İslam	
Teilnahme am Religions-Unterricht:	<input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> Etik <input type="checkbox"/> Din dersine katılmayacak	
	<input type="checkbox"/> Anadil Türkçe dersi	
Zorunlu ders seçimi: Te / AES / Frz.		
Geldiği Okul / Sınıf	Tekrar (istekli tekrarlar dahil)	
Kronik hastalık:	Kızamık aşısı (Belgelendirme)	
Ebeveyn	<input type="checkbox"/> Birlikte	<input type="checkbox"/> Tek ebeveyn
	1. Yasal Ebeveyn	2. Yasal Ebeveyn
Soyadı		
Adı		
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> kadın <input type="checkbox"/> erkek	<input type="checkbox"/> kadın <input type="checkbox"/> erkek
Sokak/ Ev numarası		
Postakodu/ İl		
Bölge		
Telefon		

Tarih: _____

İmza (lar): _____