

Schülerinnen-/Schülereinschreibung für das Schuljahr 2021/22 (Freiwilligkeit von Angaben) - Anlage 5	
FAMILIENNAME und Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Geburtsstaat:	
Geburtsurkunde - Zahl:	Sozialversicherungsnr.:
Staatsbürgerschaft:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Religionsbekenntnis:	Muttersprache:
Wohnadresse/Anschrift:	
Besuch des Kindergartens (in Jahren):	Name des Kindergartens:
PLZ/Ort des Kindergartens:	Wurde Ihr Kind im Kindergarten sonderpädagogisch betreut? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind einen zwei- oder mehrsprachigen Kindergarten besucht? Wenn ja, wie viele Jahre? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen? <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Slowenisch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Bosnisch <input type="checkbox"/> Kroatisch <input type="checkbox"/> Serbisch <input type="checkbox"/> Andere? _____	Fremdsprachl. Frühförderung (Engl., Ital.,...):
	Musikalische Frühförderung:
	Sportliche Förderung (Verein):
Erziehungsberechtigte(r)/Obsorgeberechtigte(r)	
Familienname und Vorname der Mutter:	Familienname und Vorname des Vaters:
Wohnort:	Wohnort:
Beruf:	Beruf:
Telefon:	Telefon:
E-Mail:	E-Mail:
Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig	
Obsorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Obsorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Obsorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> Vormund/Pflegeeltern	Namen:
Kind wohnt bei: <input type="checkbox"/> Eltern/Obsorgeberechtigten	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> bei:
Geschwisterzahl:	Geburtsjahre:
Interesse an schulischer Tagesbetreuung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl der Tage:	
Sehkraft:	Gehör:
Brillenträger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weit- oder <input type="checkbox"/> kurzsichtig	
Frühchen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Schwangerschaftswoche: _____ Linkshänder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zeigte Ihr Kind im Vorschulalter entwicklungsbedingte Auffälligkeiten in der:	
körperlichen Entwicklung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Therapien: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
sozialen Entwicklung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Logopädie: _____ Motopädagogik: _____
sprachlichen Entwicklung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ergotherapie: _____ Familientherapie: _____
Liegen Gutachten vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Physiotherapie: _____
wenn ja, von:	andere Therapien:
Musikklass (+1hME): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Angaben:	
Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf Rücksprache mit Institutionen, die mein Kind betreu(t)en, gehalten wird.	
_____ Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten	_____ Unterschrift der einschreibenden Lehrperson