

Schülerinnen-/Schülereinschreibung

für das Schuljahr 2026/27

Angaben zum Kind	FAMILIENNAME und Vorname/n des Kindes:			
	Geburtsdatum:		Geburtsort:	
	Geburtsurkundenzahl:		Geburtsstaat:	
	Sozialversicherungsnummer/-ersatz:		Staatsbürgerschaft:	
	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Erstsprache (L1):		Religionsbekenntnis:
		Erstsprache (L2):		
Erstsprache (L3):				
Kind wohnt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Anderen				

Kindergartenbesuch	Besucher Kindergarten (Name, Ort):	
	Kindergartenbesuch (Jahre):	Sonderpädagogische Förderung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Besucher <u>zweisprachiger</u> Kindergarten (Name, Ort):	
	Zweispr. Kindergartenbesuch (Jahre):	Sonderpädagogische Förderung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angaben Mutter	FAMILIENNAME und Vorname/n der <u>erziehungsberechtigten Mutter</u> :	
	Wohnort (PLZ, Ort):	Straße/Nr.:
	Mailadresse:	Telefonnummer:

Angaben Vater	FAMILIENNAME und Vorname/n des <u>erziehungsberechtigten Vater</u> :	
	Wohnort (PLZ, Ort):	Straße/Nr.:
	Mailadresse:	Telefonnummer:

Falls eine andere Person erziehungsberechtigt ist: FAMILIENNAME und Vorname:	
Wohnort (PLZ, Ort):	Straße/Nr.:
Mailadresse:	Telefonnummer:

Freiwillige Angaben

Erweiterte Angaben	Geschwisterzahl:		
	Interesse an schulischer Tagesbetreuung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl Tage:
	Auffälligkeiten körperliche Entwicklung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Details:
	Auffälligkeiten soziale Entwicklung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Details:
	Auffälligkeiten sprachliche Entwicklung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Details:
	Bisherige fachärztliche oder klinische Gutachten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Von wem:
	Bisherige Therapie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche:
	Frühgeborenes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schwangerschaftswoche / errechneter Geburtstermin:

Ich erkläre mich einverstanden, dass sämtliche personenbezogene Daten für den ausschließlich schulsysteminternen Gebrauch bekannt gegeben werden dürfen.

 Unterschrift des*der
 Erziehungsberechtigten

 Unterschrift der
 einschreibenden Lehrperson

 Ort, Datum