



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):	
		Erstsprache (L2):	
Erstsprache (L3):			
Kind wohnt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Anderen			

Kindergartenbesuch	Besuchter Kindergarten (Name, Ort):		
	Kindergartenbesuch (Jahre):		Sonderpädagogische Förderung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Besuchter <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