



-Schüleranmeldung-

In Klasse: Ab dem:

Woher:
 (von welcher
 Schule)

-Schülerabmeldung-

Aus Klasse: Ab dem:

Wohin:
 (zu welcher
 Schule)

I. Personalangaben des Kindes:

Familienname: Vorname: (Rufname unterstreichen) Geschlecht: m / w

geboren am: geboren in:

Anschrift:

Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Aussiedler	<input type="checkbox"/> Asylbewerber	seit wann in BRD:
	<input type="checkbox"/> Das Kind versteht kein Deutsch.	<input type="checkbox"/> Das Kind versteht wenig deutsch.	<input type="checkbox"/> Das Kind versteht und spricht deutsch.

II. Erziehungsberechtigte

Mutter Sorgerecht ja nein Vorlage des Urteils bei alleinigem Sorgerecht erforderlich! Telefon:
 Vorname:
 Nachname:
 Anschrift:

Vater Sorgerecht ja nein Vorlage des Urteils bei alleinigem Sorgerecht erforderlich! Telefon:
 Vorname:
 Nachname:
 Anschrift:

Weitere Notfallkontakte: Telefon:
 Telefon:

Einverständnis zur Anforderung und Weitergabe von medizinischen und diagnostischen Gutachten bzw. Empfehlungen erteilt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--

Unterschrift: Datum:



-School registration-

In class: From:

Where from:
 (from which
 school)

-School deregistration-

Which class: From:

Where:
 (to which
 school)

I. Personal details of the child:

Family name: Name: (Underline first name) Gender: m / f

Day of Birth: Place of birth:

Present Address:

Nationality: <input type="checkbox"/> German	<input type="checkbox"/> Emigrant	<input type="checkbox"/> Asylum applicants	Entered Germany on:
<input type="checkbox"/> The child don't understand german.			<input type="checkbox"/> The child understands little German.
			<input type="checkbox"/> The child understands and speaks German.

II. Parents

Mother child custody yes no Submission of the judgment with sole custody required! Phone number:

Family name: Name:

Present Address:

Father child custody yes no Submission of the judgment with sole custody required! Phone number:

Family name: Name:

Present Address:

More emergency contacts: Phone number:
 Phone number:

<p>Consent to request and forward medical and diagnostic reports or recommendations:</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>

Signature: Date: