

Anmeldung

(Die Anmeldung ist keine verbindliche Platzzusage)

| | | | |
|---------------------------------|--|--------------------------|-------------|
| Name Schülerin/ Schüler: | | | |
| Vorname: | | Sozialversicherungs-Nr.: | 756. |
| Geschlecht: | | Geburtsdatum: | |
| Nationalität: | | Heimatort: | |
| Sprache: | | Konfession: | |

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Name, Vorname, Mutter: | | | |
| Adresse: | | | |
| PLZ, Ort: | | | |
| Telefon Privat: | | Mobile: | |
| E-Mail privat: | | | |
| Nationalität: | | Sprache: | |
| Sorgerecht: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Name, Vorname, Vater: | | | |
| Adresse: | | | |
| PLZ, Ort: | | | |
| Telefon Privat: | | Mobile: | |
| E-Mail privat: | | | |
| Nationalität: | | Sprache: | |
| Sorgerecht: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | |

| | |
|---|--|
| Geschwister: (Vorname, Name/Jahrgang) | |
| Andere gesetzliche Vertreter: | |
| Anmeldung durch: | |
| Abklärungsstelle: (Kopie vom Bericht) | |
| Bisherige Schulung/Förderung: | |
| Bisherige Therapien: | |
| Arzt, Telefon Arzt | |
| Wichtige Hinweise, Medikamente/Allergien: | |

| | |
|--------------------|--|
| Schuleintritt HPS: | |
|--------------------|--|

| | |
|-------------|---------------|
| Ort, Datum: | Unterschrift: |
|-------------|---------------|

Beilagen: Aktueller SPD Bericht mit Sonderschulempfehlung,
 Kopie von Krankenkassenkarte und Ausweis