

Gemeinschaftsschule



Schule, an der aufgenommen werden soll: **Pestalozzi-GMS**
Pestalozzistr. 2
76676 Graben-Neudorf

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum/Ort/Geschlecht: _____ / _____ / _____

Nationalität/Muttersprache: _____ / _____

Name der Mutter: _____

Name des Vaters: _____

Erziehungsberechtigt:

beide	<input type="checkbox"/>	Mutter	<input type="checkbox"/>	Vater	<input type="checkbox"/>	andere Person	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	--------	--------------------------	-------	--------------------------	---------------	--------------------------

Name bei anderer Person: _____

Adresse des Kindes, Straße: _____

Wohnort / Ortsteil: _____ / _____

Telefon- und Notfallnummer: _____ / _____

Abgebende Grundschule: _____

Festgestellter Förderbedarf ja

Förderschwerpunkt:

nein

Geschwisterkind bereits an dieser Schule: _____

Betreuungsangebot in räumlicher Nähe: _____

(nur bei auswärtigen Schülern) _____

Falls in räumlicher Nähe eine weitere Schule dieser Schulart ist:

ggf. Zweitwunsch: _____

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r