

SCHULEINSCHREIBEBLATT MITTELSCHULE

MITTELSCHULE HAUSMANNSTÄTTEN
HAUPTSTRASSE 50
8071 HAUSMANNSTÄTTEN
03135 46 25 30
MS@BILDUNGSCAMPUS-HAUSMANNSTAETTEN.AT

GRUNDDATEN		
NACHNAME DES KINDES		VORNAME DES KINDES
GEBURTSDATUM	SVNR	KRANKENKASSE
HAUSÄRZTIN	ALLERGIEN/KRANKHEITEN	
GEBURTSORT	STAATSBÜRGERSCHAFT	
MUTTERSPRACHE	RELIGIONSBEKENNTNIS	RELIGIONSUNTERRICHT <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
WOHNSITZ		
WOHNANSCHRIFT		
PLZ	ORT	SCHULBUS <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
SCHULDATEN		
NACHMITTAGSBETREUUNG <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	ANZAHL DER TAGE	FALLS JA: <input type="checkbox"/> MATZER <input type="checkbox"/> WATZKE <input type="checkbox"/> PICHLER TAXI <input type="checkbox"/> SCHUTTLE SERVICE
SONDERFORM MUSIK <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	INSTRUMENT	
DATEN DER ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN		
NAME DES VATERS:		NAME DER MUTTER:
KONTAKTDATEN VATER TEL.:		KONTAKTDATEN MUTTER TEL.:
E-MAIL:		E-MAIL:
BERUF:		BERUF:
ADRESSE FALLS ABWEICHEND:		ADRESSE FALLS ABWEICHEND:
NOTFALLKONTAKT		
NAME		TELEFON
BEZIEHUNG ZUM KIND (ZB.: TANTE, NACHBAR)		
NAME		TELEFON
BEZIEHUNG ZUM KIND (ZB.: TANTE, NACHBAR)		

DATUM

UNTERSCHRIFT