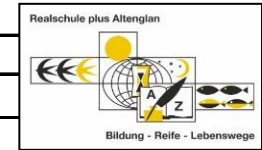


Anmeldung für die Klasse _____ der Realschule plus Altenglan, Schulstraße 14, 66885 Altenglan



Anmeldedatum: _____		Besuch der Realschule plus Altenglan ab: _____	
Schüler/ Schülerin: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d		Eltern/Sorgeberechtigte	
Name:		sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> sonstige:	
Vorname:		Kind wohnt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> sonstige:	
Straße:		Vater	Mutter
PLZ/Wohnort:		Name:	Name:
geb. am:	Geb.-Ort/Land:	Vorname:	Vorname:
Staatsangehörigkeit:		Straße:	Straße:
Zuzugdatum:	Familiensprache:	PLZ/Wohnort:	PLZ/Wohnort:
Sprachförderung deutsch erforderlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Telefon:	Telefon:
Deutschkenntnisse: <input type="checkbox"/> keine/ungenügend <input type="checkbox"/> befriedigend <input type="checkbox"/> sehr gut/gut		Handy:	Handy:
Schuleintritt in Deutschland bei ausländischen Schülern/Schülerinnen:		dienstlich:	dienstlich:
Teilnahme Sprachförderung an vorherigen Schule: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. Dauer:		E-Mail:	E-Mail:
Religionszugehörigkeit: <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> kath <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> sonstige _____		Geburtsland:	Geburtsland:
Teilnahme Religions-U.: <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> kath <input type="checkbox"/> Ethik		Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:
Zuletzt besuchte Schule:		Sprache:	Sprache:
Zuletzt besuchte Klassenstufe:		sonstige sorgeberechtigte Person	
Bisher besuchte Schulen:		Name:	dienstlich:
Einschulungsjahr Grundschule:		Vorname:	E-Mail:
Wiederholte Klassenstufen:		Straße:	
Anzahl der Schulbesuchsjahre:		PLZ/Wohnort:	
Förderschüler: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Telefon:	
Datum Fördergutachten:		Handy:	
Fahrkarte: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Benachrichtigungen an : <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> sonstige:	
Erkrankungen/Allergien/Notfallmedikamente:		_____ Ort/Datum Unterschrift der/des Sorgeberechtigten	
LRS/Dyskalkulie/Behinderungen/Entwicklungsverzögerungen:			
Sonstige Besonderheiten:			
Eltern- / Schülerwünsche für die Klasseneinteilung:			