

Mittelschule KÖFLACH

Anmeldeformular

DATEN des KINDES: Bitte laut vorgelegten Dokumenten ausfüllen bzw. ankreuzen!				
FAMILIENNAME		Männlich: [Weiblich: □
Vorname(n)		Straße:		
Geburtsdatum:		PLZ/Ort:		
Geburtsort:		Versicherungs	nummer:	
Geburtsland:		Nachmittagsb	etreuung:	□ ja □ nein
Staatsbürgerschaft:		Anzahl der Tag (wenn ja, bitte	_	□1 □2 □3 □4 □5
Erstsprache (Muttersprache):				
Alltagssprache (im täglichen Umgang):		INSTRUMENT(E):	
Religionsbekenntnis:		Musikschule: Welche:		□ ja □ nein
Name der Volkschule oder letztbesuchten Schule:		Klasse:		
Staatsbürgerschafts- nachweis: Kopie abgegeben	Geburtsurkunde: ☐ Kopie abgegeben	SPF:		□ ja □ nein
Meldezettel:	E-Card:	Schulnachrich	ı t im Original:	
☐ Kopie abgegeben	☐ Kopie abgegeben	☐ Original vorgel	legt	
	-	F		-
Mutter:		Vater:		
Familienname:		Familienname	:	
Vorname:		Vorname:		
Beruf:		Beruf:		
Adresse:		Adresse:		
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:		
Telefonnummer:		Telefonnumme	er:	
E-Mail-Adresse:		E-Mail-Adress	e:	
erziehungsberechtigt:	□ ja □ nein	erziehungsber	echtigt: 🗆	lja □ nein
Ich bin mit der Weitergabe bzw. Verwendung personenbezogener Daten meines Kindes innerhalb der Schule und der Bildungsdirektion einverstanden. 🗖 ja 🗖 nein				
Datum:	Erziehungsberechtigte: Erzie		Erziehur	ngsberechtigte:
Unterschriften:				