



Schüler/in		
Name:	Vorname(n): (Rufname unterstreichen)	Geschlecht:
		<input type="checkbox"/> männlich
		<input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsland:	Geb.-Datum und -Ort:	Konfession: <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> sonst. <input type="checkbox"/> ohne
Staatsangehörigkeit:		Teilnahme/Abmeldung Religionsunterricht Abmeldeformular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> Ethik (Werteeerziehung)
Muttersprache:	PLZ, Ort (mit Ortsteil):	Eintrittsdatum:
Welche Sprache sprechen Sie im häuslichen Umfeld überwiegend?:	Straße, Hausnummer:	Telefon (*):
		E-Mail (*):
Eltern (wohnt bei bitte ankreuzen)	Mutter <input type="checkbox"/>	Vater <input type="checkbox"/>
Name, Vorname		
Staatsangehörigkeit		
Straße, Hausnummer (nur eintragen, wenn Abweichung von oben genannter Adresse)		
PLZ, Ort, Ortsteil		
Tel.-Nr. zu Hause (*)		
Tel.-Nr. geschäftl. (*)		
Tel.-Mobil (*)		
E-Mail (*)		
Beruf (*)		
Im Krankheitsfall zu verständigen (*)		
E-Mail-Adresse für SUNRISE / Elternnewsletter: _____		
Alle wichtigen Informationen der Schule werden über E-Mail verteilt. Des Weiteren erfolgt die Login- und Passwortvergabe für unser Onlinesystem SUNRISE (Wahl des Offenen Ganztagesangebots, des Profils, die Fördermodule, des Wintersporttages, u.v.m.) via E-Mail.		
Offenes Ganztagesangebot gewünscht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Geschwisterkinder (Geburtsjahr (*))	



Bedeutende Erkrankungen (*):

(Die folgenden Angaben dienen der individuellen Förderung und der ganzheitlichen Betreuung Ihres Kindes, die Angaben sind freiwillig, werden vertraulich behandelt und haben keinerlei Auswirkungen auf die Anmeldung an unserer Schule)

Besonderheiten:

Unser Sohn/Unsere Tochter hat folgende gesundheitlichen Einschränkungen (z.B.: Allergie, Krankheit, ADHS, Diabetes, Epilepsie, usw.):

NUR bei chronisch kranken Schülern, die nicht in der Lage sind, sich selbst zu medikamentieren:

Ich bin damit einverstanden, dass das pädagogische Personal / Schulsanitätsdienst meinem Kind folgende benannte Medikamente verabreichen dürfen:

Medikament 1:

Medikament 2:

Unterschrift Sorgeberechtigte/r:

Schwimmunterricht (*): ☐ Schwimmer ☐ nicht sicherer Schwimmer ☐ Nichtschwimmer

Nur auszufüllen von Alleinerziehenden und bei Lebensgemeinschaften:

Bei Alleinerziehenden:

Haben Sie das alleinige Sorgerecht?

☐ Ja

☐ Nein

Gerichtsurteil vom:

Einsicht erhalten am:

Unterschrift Aufnehmender:

Bei Lebensgemeinschaften:

Der Vater/ die Mutter hat eine Sorgerechtserklärung abgegeben:

☐ Ja (Bitte das Original zur Einsicht vorlegen)

☐ Nein

Bei „Nein“: Ich bin damit einverstanden, dass auch der leibliche Vater/die leibliche Mutter über schulische Leistungen unseres Kindes informiert wird.

Unterschrift

Sonstiges(*):

Wir bitten alle Änderungen der Schule mitzuteilen.

Göppingen, den _____

**Unterschrift beider Sorgeberechtigten ist erforderlich
(außer bei alleinigem Sorgerecht)**