

## Antrag zur Aufnahme

GTS

HTS

Aufnahmedatum:

Eintritt in Klasse:

## Schülerinnen- und Schülerdaten

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geschlecht	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Geburtsort / -land	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
Konfession / Teilnahme Religion	rk <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> isl. <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> Eth <input type="checkbox"/> HSU <input type="checkbox"/>
in Deutschland seit	<input type="text"/>
Familiensprache	<input type="text"/>
DaZ-Förderung Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> keine dt. Staatsbürgerschaft <input type="checkbox"/> nichtdeutsches Geburtsland <input type="checkbox"/> nichtdeutsche Familiensprache

## Erziehungsberechtigte

Sorgeberechtigte:  beide Elternteile  Mutter  Vater

Schüler wohnt bei:  beide Elternteile  Mutter  Vater

	Mutter	Vater	Sonstige
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Wohnort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mobile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Ganztagsschule

Teilnahme GTS im Schuljahr _____	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Essensteilnahme erwünscht (falls ja, werden Login-Daten vom Sekretariat ausgegeben)	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

## Aufnahmedaten

Datum der Einschulung in Grundschule	
Übertritt aus Schule	Klasse: <input type="text"/>
Wiederholte Klassen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenn ja, welche <input type="text"/>

## Wahlpflichtfach (ab Klassenstufe 6)

Französisch	<input type="checkbox"/>
HuS	<input type="checkbox"/>
TuN	<input type="checkbox"/>
WuV	<input type="checkbox"/>

## Gesundheitliche Beeinträchtigungen (Evtl. Krankheiten, Medikamente, Behinderungen etc.)


**Angaben zur Krankenversicherung des Schülers/ der Schülerin:**

**Angaben zur Haftpflichtversicherung des Schülers/ der Schülerin:**

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Schulleitung

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift eines Erziehungsberechtigten