Schülerinnen/Schülereinschreibung für das Schuljahr 20_ / 20_

FAMILIENNAME und Vorname **des Kindes**: Geburtsdatum: Geburtsort: Geburtsstaat:	
Geburtsurkunde - Zahl:	Sozialversicherungsnr.:
Staatsbürgerschaft:	Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich
Religionsbekenntnis:	Muttersprache:
Wohnadresse/Anschrift:	
Besuch des Kindergartens (in Jahren):	Name des Kindergartens:
PLZ/Ort des Kindergartens:	Wurde Ihr Kind im Kindergarten sonderpädagogisch betreut? ☐ ja ☐ nein
Hat Ihr Kind einen zwei- oder mehrsprachigen Kindergarten besucht? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wie viele Jahre? _____	
Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen? ☐ Deutsch ☐ Slowenisch ☐ Italienisch ☐ Bosnisch/Kroatisch/Serbisch ☐ Andere? _____	Fremdsprachl. Frühförderung (Engl., Ital.,...): Musikalische Frühförderung: Sportliche Förderung (Verein):
Erziehungsberechtigte(r)/Obsorgeberechtigte(r)	
Familienname und Vorname der Mutter:	Familienname und Vorname des Vaters:
Wohnort:	Wohnort:
Beruf:	Beruf
Telefon:	Telefon:
E-Mail:	E-Mail:
Familienstand: ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ ledig	
Obsorgeberechtigt: ☐ ja ☐ nein	Obsorgeberechtigt: ☐ ja ☐ nein
Obsorgeberechtigt: ☐ Vormund/Pflegeeltern	Namen:
Kind wohnt bei: ☐ den Eltern/Obsorgeberechtigten ☐ Mutter ☐ Vater ☐ bei:	
Geschwisterzahl: Geburtsjahre:	
Interesse an **Ganztagesschule**: ☐ ja ☐ nein Anzahl der Tage:	
Schulbus: ☐ ja ☐ nein	
Sehkraft: Gehör:	Brillenträger: ☐ ja ☐ nein ☐ weit-oder ☐ kurzsichtig
Frühchen: ☐ ja ☐ nein, Schwangerschaftswoche:_____ Linkshänder: ☐ ja ☐ nein	
Zeigte Ihr Kind im Vorschulalter entwicklungsbedingte Auffälligkeiten in:	
körperlichen Entwicklung: ☐ ja ☐ nein	Therapien: ☐ ja ☐ nein
sozialen Entwicklung: ☐ ja ☐ nein	Logopädie: ☐ Motopädagogik: ☐
sprachlichen Entwicklung: ☐ ja ☐ nein	Ergotherapie: ☐ Familientherapie: ☐
Liegen Gutachten vor? ☐ ja ☐ nein	Physiotherapie: ☐
wenn ja, von:	andere Therapien:
Sonstige Angaben:	
_____ Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten	_____ Name der einschreibenden Lehrerin