



Volksschule Langschlag

3921 Langschlag 115

Tel. Direktion: 02814/8267-11

Web: www.ms.langschlag.at

E-Mail: nms.langschlag@noeschule.at

SCHULEINSCHREIBUNG

ANMELDEFORMULAR

Schüler*in Vorname und Zuname:		
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Geburtsdatum:	Sozialversicherungsnummer _____
Staatsbürgerschaft: <input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> anderes Land:	Religion: <input type="checkbox"/> röm/kath. <input type="checkbox"/> andere:	Erstsprache: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> andere:
Straße / Hausnummer / Tür:		
Postleitzahl / Ort:		
Sonderpädagogischer Förderbedarf: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Besuch der Vorschule: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Name 1. Erziehungsberechtigter: (Vater, Mutter,...) _____	Tel:	
Beruf:	E-Mail:	
Name 2. Erziehungsberechtigter: (Vater, Mutter,...) _____	Tel:	
Beruf:	E-Mail:	
Eltern: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Alleinerzieher		
Ansprechperson: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> beide		
Nachmittagsbetreuung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bemerkungen / Wünsche:		
Änderungen der Daten müssen umgehend der Volksschule Langschlag gemeldet werden!		

_____ Datum

_____ Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Bitte auf die zweite Seite umblättern!



Volksschule Langschlag

3921 Langschlag 115

Tel. Direktion: 02814/8267-11

Web: www.ms.langschlag.at

E-Mail: nms.langschlag@noeschule.at

Mein Kind wird den Schulbus benutzen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich/Wir geben die Zustimmung, dass Fotos meines/unseres Kindes in der Zeitung und auf der Website der Schule abgebildet werden dürfen. <input type="checkbox"/> ja
Ich nehme zur Kenntnis, dass alle Eintragungen im Mitteilungsheft (Schoolfox) als zugestellt gelten. <input type="checkbox"/> ja
Im Falle einer Atomkatastrophe dürfen meinem Sohn / meiner Tochter <input type="checkbox"/> Kaliumjodidtabletten verabreicht werden <input type="checkbox"/> Kaliumjodidtabletten nicht verabreicht werden

Weitere wichtige Informationen:

Im Notfall (vorzeit. Unterrichtschluss, Erkrankung, Unfall, o. ä.) ersuche ich, folgende Personen in angegebener Reihenfolge zu verständigen, falls Mutter oder Vater nicht erreichbar sind:

Name:	Telefon:
Name:	Telefon:
Name:	Telefon:

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten