



ANMELDEFORMULAR

FÜR DAS SJ 20___ / ___

Schulgasse 1, 3, 5 | 8121 Deutschfeistritz
www.szdf.at | pts.deutschfeistritz@szdf.at

--- BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN ---

Orientierungsstufe (OS/Leistungsklasse)

PTS

ANGABEN SCHÜLER:IN

FAMILIENNAME:		VORNAME:	
GESCHLECHT: MÄNNLICH <input type="checkbox"/>		WEIBLICH <input type="checkbox"/> DIVERS <input type="checkbox"/>	
GEBURTSDATUM: TT . MM . JJ		GEBURTSORT:	
STAATSBÜRGERSCHAFT:		GEBURTSLAND:	
SVNR: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		VERSICHERUNG:	
MUTTERSPRACHE:		ZWEITSPRACHE:	
RELIGION:		ASO/SPF*: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	
SPRENGELFREMDE: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>			
KIND WOHNTE BEI:			

ANGABEN ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/INFORMATIONSBERECHTIGTE

MUTTER: (VOR- U. ZUNAME)		VATER: (VOR- U. ZUNAME)	
ERZIEHUNGSBERECHTIGT: JA <input type="checkbox"/>		ERZIEHUNGSBERECHTIGT: JA <input type="checkbox"/>	
ADRESSE:		ADRESSE:	
TELEFONNUMMER:		TELEFONNUMMER:	
E-MAIL:		E-MAIL:	

*SPF=Sonderpädagogischer Förderbedarf

--- BITTE SEITE 2 BEACHTEN ---



ANMELDEFORMULAR

FÜR DAS SJ 20__ / __

Schulgasse 1, 3, 5 | 8121 Deutschfeistritz
www.szdf.at | pts.deutschfeistritz@szdf.at

ANGABEN VORMUND (NUR AUSFÜLLEN, WENN ABWEICHEND VON ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN)

NAME (VOR- UND ZUNAME):	
ADRESSE:	
TELEFONNUMMER:	E-MAIL:
BEMERKUNG:	

MEDIZINISCHE ANGABEN

WERDEN NOTFALLMEDIKAMENTE BENÖTIGT? JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>

BENÖTIGTE UNTERLAGEN BEI DER ANMELDUNG:

(Kopien bleiben in der Schule und werden im Schülerstammbuch abgelegt!)

- Meldezettel des Kindes *(in Kopie)*
- Schulnachricht

_____ ,
ORT

DATUM

UNTERSCHRIFT