Anmeldung / Datenerhebung zum Besuch der **Volksschule Deutschlandsberg**

Schülerin/Schüler: **Schuljahr:** ……

Nachname	Vorname	männlich ☐ weiblich ☐
geboren am	in (Land und Ort)	
Staatsbürgerschaft	Religionsbekenntnis	
Erstsprache/ weitere Sprachen	Sozialversicherungsnummer __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	
Sonderpädagogischer Förderbedarf: ☐ ja ☐ nein Betreuung durch IZB-Team: ☐ ja ☐ nein	Wohnsitz des Kindes	

Eltern/Erziehungsberechtigte:

Mutter	Nachname	Adresse ☐ **wie Kind**
	Vorname	
	Beruf	E-Mail
	Erziehungsberechtigt: ☐ ja ☐ nein	Telefon

Vater	Nachname	Adresse ☐ **wie Kind**
	Vorname	
	Beruf	E-Mail
	Erziehungsberechtigt: ☐ ja ☐ nein	Telefon

Weitere Angaben zur Schülerin/zum Schüler:

Zuletzt besuchte Bildungseinrichtung (Kindergarten oder Schule)					
o Klöpferweg	o Erlenweg	o HPK	o Landsberger	Schule oder sonstiger KIGA (Name)	Anzahl KIGA-Jahre

BITTE ANKREUZEN -> ->	**JA**	**NEIN**
Einverständnis Austausch mit Kindergarten-Pädagog:innen	☐	☐
Einverständnis Verabreichung Kaliumjodid-Tabletten (im Notfall)	☐	☐
Einverständnis Bild- und Textveröffentlichung (Zeitungen, Webseite, ..)	☐	☐
Nachmittagsbetreuung erwünscht (kostenpflichtig) – voraussichtl. Anzahl der Tage: …….	☐	☐
Warteklasse (7:00 bis 7:45 Uhr) - Nur bei Berufstätigkeit beider Elternteile	☐	☐
Busschüler:in	☐	☐
Sprengelfremder Schulbesuch (Antrag mit Begründung an Wohnsitzgemeinde)	☐	☐
Wunsch (Freunde)		

Datum und Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigte

2. Seite beachten

Erforderliche Dokumente: ☐ Meldezettel ☐ E-Card ☐ Reisepass/Staatsbürgerschaftsnachweis ☐ Mutter-Kind-Pass

Volksschule Deutschlandsberg

Gesundheitsfragebogen

Diese Angaben sind für die Schulärztin bestimmt, um die Erstuntersuchung zu erleichtern.
Sie werden streng vertraulich behandelt.

Familien- und Vorname des Schulkindes:

_____

Besteht bei Ihrem Kind eine angeborene Fehlbildung?

_____

_____

War Ihr Kind innerhalb der letzten Jahre in längerer ärztlicher Behandlung?

o ja
o nein

Wenn ja, bitte Angaben dazu:

_____

_____

Operationen oder bleibende Unfallfolgen:

_____

Besteht im Besonderen

- ○ Asthma bronchiale
- ○ Allergien: _____
- ○ Zuckerkrankheit
- ○ Ohnmachtsneigung
- ○ Anfallsleiden
- ○ Sonstige Beschwerden:
- ○ häufiger Kopfschmerz
- ○ chron. Mittelohrentzündung
- ○ Sehbehinderung
- ○ Hörbehinderung
- ○ Sprachfehler

_____

_____

Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigte