



Volksschule Mank  
 vs.mank@noeschule.at  
 Tel.: 02455/4013

### Datenblatt Anmeldung

<b>Schüler/in</b>			
Familienname:			
1. Vorname:		weitere Vornamen:	
Aufnahme in die Klasse: VS <input type="checkbox"/> 1.Kl. <input type="checkbox"/>		ab:	
Geburtsdatum:		Geschlecht: weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>	
Geburtsort:		Geburtsstaat:	
Bei Ausland, in Österreich seit:			
Staatsbürgerschaft:		2. Staatsbürgerschaft:	
Religionsbekenntnis:			
Erstsprache:		Zweitsprache:	
Sozialversicherungsnummer:		Krankenkasse:	
erziehungsberechtigt: Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/>			
getrennt lebender Elternteil ist auskunftsberechtigt ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Adresse	PLZ:	Ort:	
	Straße:	Hausnr:	
wohnhaft bei	Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> sonstige: <input type="checkbox"/>		
Besuch Kindergarten	Kindergarten: Adresse: Besuchsjahre:		
Besuch Vorschule	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Vorschule: Adresse:	
vorherige Schule	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Schule: Adresse:	

<b>Eltern</b>			
verheiratet: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
<b>Mutter</b>			
Familienname:			
Vorname:			
Titel:			
Akad. Grad:			
Beruf:			
Adresse	PLZ:	Ort:	
	Straße:	Hausnr:	
Telefonnummer:		Mailadresse:	
<b>Vater</b>			
Familienname:			
Vorname:			
Titel:			
Akad. Grad:			
Beruf:			
Adresse	PLZ:	Ort:	
	Straße:	Hausnr:	
Telefonnummer:		Mailadresse:	

Nachmittagsbetreuung		
Kindergruppe Schmetterling 0699/12861666 Wichtig! In der Kindergruppe sofort anmelden!	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	voraussichtliche Tage: MO <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/>

Im Katastrophenfall (Atomunfall, Chemieunfall, Blackout,...)
<input type="checkbox"/> bis Unterrichtschluss in der Schule bleiben
<input type="checkbox"/> sofort nach Hause entlassen
Im Fall eines Atomunfalles soll mein Kind die Kaliumjodidtablette einnehmen
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Medien
Mein Kind darf bis auf Widerruf bei Projekten, Klassenaktivitäten,.... fotografiert/gefilmt werden. Die Fotos werden auch zur Veröffentlichung in den Medien (Homepage, Printmedien,...) verwendet.
Ich bin damit einverstanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Schulweg des Kindes
Verkehrsmittel (zu Fuß, Bus, PKW,...):

Hausarzt
Name, Adresse:
Hinweise für die Schule und den Notarzt bzw. Schularzt
z.B.: Zuckerkrankheit, Bluter, Dauermedikation, Allergien, etc.
Sprach-, Hör-, Sehfehler:
Operationen:
Allergie:
Besondere Krankheiten:
Blutgruppe des Kindes (falls bekannt):

Klasseneinteilung
Schreib mir den Namen deiner besten Freundin oder deines besten Freundes auf: _____
Die Klasseneinteilung obliegt der Schule und wird nach Adresse eingeteilt.

<b>Wichtige Information:</b>

Ich nehme die Hausordnung und die Verhaltensvereinbarungen zur Kenntnis und bestätige mit meiner Unterschrift, alle Informationen wahrheitsgetreu angegeben und sämtliche für die Schule relevante Gutachten und Informationen meines Kindes übermittelt zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

