



DREILINDEN – GYMNASIUM

Klasse: _____

Datum: _____

Bitte leserlich ausfüllen!

Angaben zum Kind:

Name: Vorname/n : w m
(Rufname unterstreichen)

Geburtstag: Geburtsort:

Anschrift:
Straße, Hausnummer PLZ Ort

Staatsangehörigkeit: nicht deutscher Herkunftssprache Ja, welche _____ nein

Krankenkasse d. Kindes: bei wem mitversichert:

Name der zuletzt besuchte Schule:

Empfehlung: Gymnasium integrierte Sekundarschule

bisherige Fremdsprache: ab Klasse:

Gewählte Fremdsprache ab Klasse 7: Französisch Spanisch

Geschwister am Dreilinden-Gymnasium:
Name Klasse

Angaben zur Mutter

Name, Vorname : Beruf (freiw) :

Anschrift :

Telefon privat : Telefon beruflich :

Handy : E-Mail :

Angaben zum Vater

Name, Vorname : Beruf (freiw) :

Anschrift :

Telefon privat : Telefon beruflich :

Handy : E-Mail :

Erziehungsberechtigt: beide Mutter Vater Gesetzlicher Vertreter

Gesundheitliche Rücksichten:

Wünsche für Mitschüler/innen (Name, Vorname) : 1.

2.

3.

In dringenden Krankheitsfällen sind bei Nichterreichbarkeit der Eltern folgende Personen zu benachrichtigen:
Name, Telefonnummer,

Berlin,

Unterschrift Erziehungsberechtigte