



DREILINDEN – GYMNASIUM

Klasse: _____

Datum: _____

Anmeldung SESB Klasse

Bitte leserlich ausfüllen!

Angaben zum Kind:

Name: _____ Vorname/n : _____ w m

(Rufname unterstreichen)

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Anschrift: _____
Straße, Hausnummer PLZ Ort

Muttersprache: D E andere _____ Partnersprache: E D andere _____

Name der zuletzt besuchte Schule: _____

Regelzweig SESB Zweig

Empfehlung: Gymnasium integrierte Sekundarschule

bisherige Fremdsprache: _____ ab Klasse _____

Geschwister am Dreilinden-Gymnasium: _____
Name Klasse

anerkannter Förderbedarf vorhanden: Emsoz Autismus Sehen/Hören

Unterstützung gewünscht bei: LRS ADHS Dyskalkulie

Angaben zur Mutter

Name, Vorname : _____ Beruf (frei): _____

Anschrift : _____

Telefon privat : _____ Telefon beruflich : _____

Handy : _____ E-Mail : _____

Angaben zum Vater

Name, Vorname : _____ Beruf (frei): _____

Anschrift : _____

Telefon privat : _____ Telefon beruflich : _____

Handy : _____ E-Mail : _____

Erziehungsberechtigt: beide Mutter Vater Gesetzlicher Vertreter

Relevante gesundheitliche Informationen (z.B. Wespenallergie) : _____

Berlin-Pass vorhanden (Angabe freiwillig): Ja Nein

Wünsche für Mitschüler/innen (Name, Vorname) :

1. _____ 2. _____ 3. _____

Notfallkontakt: Name, Telefonnummer,

Berlin, _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte