



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 (freiw):

Anschrift :

Telefon privat : Telefon beruflich :

Handy : E-Mail :

Angaben zum Vater

Name, Vorname : Beruf (freiw):

Anschrift :

Telefon privat : Telefon beruflich :

Handy : E-Mail :

Erziehungsberechtig: beide Mutter Vater Gesetzlicher Vertreter

Relevante gesundheitliche Informationen (z.B. Wespenallergie) :

Wünsche für Mitschüler/innen (Name, Vorname) :

1. 2. 3.

Notfallkontakt: Name, Telefonnummer,

Berlin,

Unterschrift Erziehungsberechtigte