



# 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

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

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 :

Erziehungsberechtigt: beide  Mutter  Vater  Gesetzlicher Vertreter

Relevante gesundheitliche Informationen (z.B. Wespenstichallergie):

Berlin-Pass vorhanden (Angabe freiwillig): Ja  Nein

Wünsche für Mitschüler/innen (Name, Vorname) :

1.  2.  3.

Notfallkontakt: Name, Telefonnummer,

Berlin,

Unterschrift Erziehungsberechtigte