



# 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 (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

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