

ANMELDUNG zum

Schuljahr

Klasse .

| | | | |
|--|--|--|--|
| Familiennamenname | | | |
| Vorname: | | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | |
| Geburtsdatum: | | Geburtsort: | |
| Geburtsland: | | Konfession: | |
| Staatsangehörigkeit: | | | |
| Straße u. Hausnr.: | | | |
| PLZ und Wohnort: | | | |
| Telefonnummer: | | | |
| Sind Sie damit einverstanden, dass Ihre Tochter / Ihr Sohn im Krankheitsfall nach Abmeldung im Sekretariat alleine nach Hause gehen darf? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein ⇒ Telefonnummer unter der Sie erreichbar sind: | | | |
| Email: | | | |

| | | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Sorgeberechtigt: | Eltern <input type="checkbox"/> | nur Vater <input type="checkbox"/> | nur Mutter <input type="checkbox"/> | Sonstige <input type="checkbox"/> |
| Vater: Name, Vorname | | | | |
| Anschrift, Telefon, E-Mail s.o. oder ⇔ | | | | |
| Mutter: Name, Vorname | | | | |
| Anschrift, Telefon, E-Mail s.o. oder ⇔ | | | | |

| | | | |
|--|--|---|------------|
| Einschulungsjahr | | Empfehlung: | |
| Bisher besuchte Schulen: | | | |
| Besteht Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf: Nein <input type="checkbox"/> | | | |
| Wenn ja <input type="checkbox"/> welcher? Ziendifferent: <input type="checkbox"/> _____ Zielgleich: <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| Wird Fahrkarte beantragt: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Geschwisterkind am THG: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Teilnahme offenes Ganztagsangebot: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | |
| Fremdsprachenunterricht: | Englisch | von Klasse | bis Klasse |
| | Französisch | von Klasse | bis Klasse |
| | Latein | von Klasse | bis Klasse |
| | Spanisch | von Klasse | bis Klasse |
| | | von Klasse | bis Klasse |
| Sonstige Interessen (z. B. Instrument, Sport): | | | |
| Göttingen, den | | Unterschrift der/ des Sorgeberechtigten | |