

Schuljahr

Klasse 5

Familienname			
Vorname:			<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Geburtsland:		Konfession:	
Staatsangehörigkeit:			
Straße u. Hausnr.:			
PLZ und Wohnort:			
Telefonnummer:			
Bitte tragen Sie eine Telefonnummer ein, unter der Sie tagsüber erreichbar sind, wenn Ihr Kind in der Schule erkrankt.			
Email:			

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

Bisher besuchte Grundschule:			
Einschulungsjahr			
Besteht Sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf: Nein <input type="checkbox"/>			
Wenn ja <input type="checkbox"/> welcher? Zielfferent: <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"/>
Anmeldung für die Ganztagsklasse	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Teilnahme offenes Ganztagsangebot:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Interessen (z. B. Instrument, Sport):			
Wunsch ⇨ Mein Kind möchte in eine Klasse mit folgenden Schülerinnen und Schülern:			
1.	2.	3.	
Bitte in der Reihenfolge der Wichtigkeit angeben			
Göttingen, den	Unterschrift der/des Sorgeberechtigten		