

Schülerinnen-/Schülereinschreibung für das Schuljahr 2022/23 (Freiwilligkeit von Angaben) - Anlage 4

FAMILIENNAME und Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Geburtsstaat:	
Geburtsurkunde - Zahl:	Sozialversicherungsnr.:
Staatsbürgerschaft:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Religionsbekenntnis:	Muttersprache:
Wohnadresse/Anschrift:	
Besuch des Kindergartens (in Jahren):	Name des Kindergartens:
PLZ/Ort des Kindergartens:	Wurde Ihr Kind im Kindergarten sonderpädagogisch betreut? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind einen zwei- oder mehrsprachigen Kindergarten besucht? Wenn ja, wie viele Jahre? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen? <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Slowenisch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Bosnisch/Kroatisch/Serbisch <input type="checkbox"/> Andere? _____	Fremdsprachl. Frühförderung (Engl., Ital.,...): Musikalische Frühförderung: Sportliche Förderung (Verein):
Erziehungsberechtigte(r)/Obsorgeberechtigte(r)	
Familienname und Vorname der Mutter:	Familienname und Vorname des Vaters:
Wohnort:	Wohnort:
Beruf:	Beruf:
Telefon:	Telefon:
E-Mail:	E-Mail:
Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig	
Obsorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Obsorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Obsorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> Vormund/Pflegeeltern	Namen:
Kind wohnt bei: <input type="checkbox"/> den Eltern/Obsorgeberechtigten <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> bei:	
Geschwisterzahl:	Geburtsjahre:
Interesse an schulischer Tagesbetreuung (bei uns Hort): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl der Tage:	
Schulbus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sehkraft: Gehör:	Brillenträger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weit-oder <input type="checkbox"/> kurzsichtig
Frühchen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Schwangerschaftswoche: _____ Linkshänder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zeigte Ihr Kind im Vorschulalter entwicklungsbedingte Auffälligkeiten in der:	
körperlichen Entwicklung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Therapien: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
sozialen Entwicklung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Logopädie: <input type="checkbox"/> Motopädagogik: <input type="checkbox"/>
sprachlichen Entwicklung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ergotherapie: <input type="checkbox"/> Familientherapie: <input type="checkbox"/>
Liegen Gutachten vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Physiotherapie: <input type="checkbox"/>
wenn ja, von:	andere Therapien:
Sonstige Angaben:	
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten	Unterschrift der einschreibenden Lehrperson