

Nachname:	Vorname:	Geburtstag:	Geburtsort:	Geburtsland: (falls nicht Deutschland) Zuzugsjahr:
-----------	----------	-------------	-------------	---

Krankenkasse:	Konfession:	Fahrschüler:	Kindergarten:	Kindergartenjahr: Kindergartengruppe:
---------------	-------------	--------------	---------------	--

Staatsangehörigkeit:	Migrationshintergrund: Ja / Nein	Verkehrssprache i. d. Familie:
----------------------	---	--------------------------------

Bemerkungen (Antrag/ evtl. Allergien/ Unverträglichkeiten/ Betreuung über Mittag/ OGS):
Bitte benennen Sie 2 Kinder, die evtl. mit Ihrem Kind in eine Klasse gehen sollen:

Nachname Vater:	Vorname Vater:	Geburtsland Vater: (falls nicht Deutschland) Zuzugsjahr:	Erziehungsberechtigte: Sorgeberechtigte:
Nachname Mutter:	Vorname Mutter:	Geburtsland Mutter: (falls nicht Deutschland) Zuzugsjahr:	Erziehungsberechtigte: Sorgeberechtigte:

33014 Bad Driburg Ortsteil:	Straße:
--------------------------------	---------

Email: _____	Handy Vater: _____
Telefon (privat): _____	Geschäftlich: _____
Handy Mutter: _____	Großeltern: _____
	weitere Notfallnummer:

<u>Termine für die schulärztliche Untersuchung vergibt das Gesundheitsamt in einem persönlichen Anschreiben per Post !!!</u>
<i>Alle Datenänderungen gebe ich der Schule unverzüglich bekannt.</i> Ort, Datum, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten:
Bad Driburg,