

Anmeldung

Mittelschule Zirl 24/25



Mittelschule Zirl
 Schulleiter Stefan Zangerl
 Am Anger 14 · 6170 Zirl
 Tel. + Fax: 05238 54 001 / 331
 E-Mail: direktion@ms-zirl.tsn.at
www.ms-zirl.tsn.at

**Mittelschule
ZIRL**

Schulstufe 5 Schulbesuchsjahr (wie viele Jahre besucht das Kind die Schule)

Nr: _____

(füllen wir aus)

Schülerin/Schüler: _____

Vorname

Familienname

Geschlecht:		m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>	Geb. Datum:			
Sozialversicherungsnummer:							
Geb. Ort:		Geb. Staat:					
Staatsbürgerschaft:							
Muttersprache:							
Religion:							
Adresse (PLZ, Ort, Str. HNr.):							
Bisher besuchte Schule/Klasse: _____ / _____							
Noten:	SU	DLS	M	ME	BE	WE	BS
Bezug erhöhte Familienbeihilfe		ja <input type="checkbox"/>					
Krankheiten/Allergien/Medikamentengabe:							
Erziehungsberechtigt		<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Sonstige _____ - _____			
Angaben zur Mutter				Angaben zum Vater			
Nachname:				Nachname:			
Vorname:				Vorname:			
E-Mail:				E-Mail:			
Telefonnummer:				Telefonnummer:			
Adresse:				Adresse:			

Wir haben uns abgesprochen: Ich bin der/die Wunsch-Mitschüler(in) von und er/sie ist mein(e) Wunsch-Mitschüler(in):

(Nur eine Nennung möglich, Mehrfachnennungen können nicht berücksichtigt werden!)

_____ *(Bei der Klasseneinteilung wird versucht diesen gegenseitigen Wunsch zu berücksichtigen)*

Ich erkläre mich mit der EDV-mäßigen Erfassung und Verarbeitung dieser persönlichen Daten ausdrücklich einverstanden. Ich stimme zu, dass bei einem Schulwechsel die personenbezogenen Grunddaten an die aufnehmende Schule übermittelt werden bzw. von der abgebenden Schule übernommen werden dürfen.

Ort, Datum: _____, _____

Unterschrift: _____