

Anmeldung

zum Besuch der differenzierten Oberstufe der Integrierten Gesamtschule Paffrath

Bitte in Druckschrift ausfüllen

Bisherige Schule	Aufnahme am:
Str.	Jg.:
PLZ, Ort	Externe ID Nummer

Schüler/ Schülerin

Name		Vorname		Männlich <input type="checkbox"/>
				Weiblich <input type="checkbox"/>
				3. Geschlecht <input type="checkbox"/>
Straße		PLZ	Ort	
Geburtsdatum	Geburtsort		Kreis	
Konfession	1. Staatsangehörigkeit	2. Staatsangehörigkeit		Zuzugsjahr
Telefon:	Geburtsland der Mutter	Geburtsland des Vaters	Sprache in der Familie	
Hat der /die Schüler/in Klassen wiederholt / übersprungen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> , welche?				
Zahl der Grundschuljahre:	Einschulungsdatum:		Zahl der bisher verbrachten Schuljahre ab Klasse 5:	
Anzahl der bisherigen Schulwechsel:		Jahr und Klasse	Jahr und Klasse	
Name der besuchten Schulen:				
1.				
2.				
Leidet der Schüler/die Schülerin unter gesundheitlichen Einschränkungen oder Krankheiten? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
Wenn ja, welche?				
Sind Allergien bekannt? Welche ?				

Anschrift der Eltern

Schüler/in ist volljährig

Name der Mutter		Tel.
Straße, Hausnummer		Tel. dienstl.
PLZ	Ort	Handy
Name des Vaters		Tel.
Straße, Hausnummer		Tel. dienstl.
PLZ	Ort	Handy
E-Mail Adresse Eltern /Erziehungsberechtigte/r		E-Mail Adresse Schüler/in

Zahl der Jahre bisherigen Englischunterrichts: Jahre	ab Klasse
Zahl der Jahre bisherigen Französischunterrichts: Jahre	ab Klasse
Zahl der Jahre bisherigen Lateinunterrichts: Jahre	ab Klasse

Ort, Datum

Unterschrift des Schülers/ der Schülerin

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Anmerkung:

Über die endgültige Aufnahme kann erst nach Vorlage des Abgangszeugnisses am Ende des Schuljahres entschieden werden.