

Einschreibebogen – Schuleinschreibung für das Schuljahr 2023/2024

DATEN des KINDES: Bitte laut vorgelegten Dokumenten ausfüllen bzw. ankreuzen!

FAMILIENNAME		Männlich: <input type="checkbox"/>	Weiblich: <input type="checkbox"/>
Vorname(n)		Straße:	
Geburtsdatum:		PLZ/Ort:	
Geburtsort:		Staatsbürgerschaft:	
Geburtsland:		Schulbus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erstsprache (Muttersprache):		Busunternehmen:	
Alltagssprache (im täglichen Umgang):		Versicherungsnummer:	
Religionsbekenntnis:		Nachmittagsbetreuung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besuch des Religionsunterrichtes:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> röm.-kath. <input type="checkbox"/> ev.	Anzahl der Tage:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Taufschein: <input type="checkbox"/> Kopie abgegeben	Geburtsurkunde: <input type="checkbox"/> Kopie abgegeben	Lebensmittelunverträglichkeiten Welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Meldezettel: <input type="checkbox"/> Kopie abgegeben	E-Card: <input type="checkbox"/> Kopie abgegeben	Staatsbürgerschaftsnachweis: <input type="checkbox"/> Kopie abgegeben	
KRANKHEITEN die in der Schule zu berücksichtigen sind:		KINDERGARTEN: Besuch: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Jahre: __ Jahr(e) vor Schulbeginn
Medikation:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name Kindergarten/Gruppenname:	
Masernimpfung:	<input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> nein	Sprachförderung im Kindergarten	<input type="checkbox"/> ja __ Jahr(e) <input type="checkbox"/> nein
Mutter:		Vater:	
Familiennamen:		Familiennamen:	
Vorname:		Vorname:	
Beruf:		Beruf:	
Adresse:		Adresse:	
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:	
Telefonnummer:		Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:		E-Mail-Adresse:	
erziehungsberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	erziehungsberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geschwister / Geburtsjahr:			
Ich bin mit der Weitergabe bzw. Verwendung personenbezogener Daten meines Kindes innerhalb der Schule und der Bildungsdirektion einverstanden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Unterschriften:	Erziehungsberechtigte:	Erziehungsberechtigte:	
Wunschlehrer/in:	Gewünschte MitschülerInnen:		

Folgende Unterlagen bitte fotografieren / scannen und mailen an:

vs.koeflach@koeflach-tv.at

- Einschreibebogen
- Geburtsurkunde des Kindes
- Meldezettel
- Staatsbürgerschaftsnachweis des Kindes (oder des Erziehungsberechtigten)
- E-Card mit der Versicherungsnummer des Kindes
- Taufschein
- Impfpass: MASERN Impfung: 2x 1x NEIN

Oder in einem Kuvert kopiert mit der Post an:

VS Köflach
Grazerstraße 4
8580 Köflach

Oder einfach in einem Kuvert kopiert in den Postkasten vor der Schule einwerfen.

Hinweis:

Bitte bis JUNI an die Schule zu übermitteln (letzter Abgabetermin Sept.):

- Protokoll des Entwicklungsgesprächs aus dem Kindergarten
- Übergabeblatt Sprachentwicklung