



Nachname / Vorname			
Geburtsdatum			
Wohnanschrift			
Handynummer SchülerIn			
E-Mail SchülerIn			
Staatsbürgerschaft		Religionsbekenntnis	
Krankenkasse SchülerIn		Versicherungsnr.:	
Mitversichert bei		Versicherungsnr.:	
Ständige Einnahme von Medikamenten	O NEIN	O JA / welche: Art der Erkrankung:	
<input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> Fleischlose Kost	O Diät (glutenfrei, laktosefrei etc...) ärztl. Attest muss bei Anmeldung beigefügt werden!		
	Mutter	Vater	Sonstige
Nachname/ Vorname Eltern/Obsoorgeberechtigte			
Geburtsdatum der Eltern			
Wohnanschrift			
Beruf der Eltern			
Telefonische Erreichbarkeit			
E-Mail-Adresse:			
Obsorge:	<input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Sonstige		
	Schwester	Bruder	
Anzahl der Geschwister			
Geburtsjahr			

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift d. Obsorgeberechtigten