



## Anmeldeformular

Dieser Abschnitt ist von der Schulleitung auszufüllen:

Volksschule Straß     Volksschule Spielfeld     Volksschule Lichendorf

- Von **sprengepflichtiger** Schule \_\_\_\_\_ mit Bescheid \_\_\_\_\_ zu uns.  
 Zu **sprengefremder** Schule \_\_\_\_\_ mit Bescheid \_\_\_\_\_ von uns weg.  
 Antrag auf **Häuslichen Unterricht** mit Bescheid \_\_\_\_\_  
 Antrag **IZB-Betreuung / Schulassistentz ab 1. Schuljahr** mit Bescheid \_\_\_\_\_

### Angaben zum Schulkind

|                                                  |                                                                                                                                       |                                   |                                   |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Familienname:                                    |                                                                                                                                       |                                   |                                   |
| Vorname:                                         |                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich |
| Anschrift:                                       |                                                                                                                                       |                                   |                                   |
| Kind wohnt bei:                                  | <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> anderes _____ |                                   |                                   |
| Geburtsdatum:                                    |                                                                                                                                       | Geburtsort:                       |                                   |
| Geburtsstaat:                                    |                                                                                                                                       | Staatsbürgerschaft:               |                                   |
| Muttersprache:                                   |                                                                                                                                       | Sozialvers.Nr.:                   |                                   |
| Mit wem ist das Kind mitversichert:              |                                                                                                                                       | Versicherungsanstalt:             |                                   |
| Der errechnete Geburtstermin lt. Mutterkindpass: |                                                                                                                                       |                                   |                                   |

|                                                           |                                                                    |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Religionsbekenntnis:                                      |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein | Teilnahme am röm.-kath. Religionsunterricht während der Schulzeit. |

### Angaben zu den Geschwistern

|             |       |              |
|-------------|-------|--------------|
| Geschwister | Name: | Geburtsjahr: |
|             |       |              |
|             |       |              |
|             |       |              |

### Angaben des/der Erziehungsberechtigten und Kontaktpersonen

|             | Vater | Mutter | Großeltern / andere |
|-------------|-------|--------|---------------------|
| Name:       |       |        |                     |
| Anschrift:  |       |        |                     |
| ☎ privat    |       |        |                     |
| ☎ beruflich |       |        |                     |
| ✉ E-Mail    |       |        |                     |
| Beruf:      |       |        |                     |

|                      |                                                                                                                                      |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| erziehungsberechtig: | <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> andere _____ |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Angaben zum Kindergartenbesuch

|                                                             |                                                           |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Dauer des Kindergartenbesuches:                             | _____ Jahre                                               |
| Name der Kinderbetreuungseinrichtung:                       |                                                           |
| Die Betreuung einer Logopädin wird in Anspruch genommen?    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Eine Sonderkindergartenpädagogin wird in Anspruch genommen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

### Sonstige Angaben

|                                       |                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Schulweg:                             | <input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> ÖBB <input type="checkbox"/> Gersdorfer-Bus <input type="checkbox"/> Hernuß <input type="checkbox"/> Lichendorfer-Bus |
| Bedarf an einer Nachmittagsbetreuung: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                                                                                      |

### Angaben über die Gesundheit

|                                                                                                    |                                                                                                           |                         |                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Krankheiten,<br>Operationen, Unfälle,<br>Folgen, Allergien,<br>Medikamente,<br>Unverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, folgende:                                   |                         |                                                                   |
| Erbschäden,<br>Körperfehler, Anfälle                                                               | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, folgende:                                   |                         |                                                                   |
| Neigungen, Vorlieben<br>oder Ängste                                                                | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja, folgende:                                   |                         |                                                                   |
| Mumps/Masern/Röteln:                                                                               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                 | Gehör:                  | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schlecht |
| Linkshänder:                                                                                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                 | Hausarzt inkl. Kontakt: |                                                                   |
| Sehkraft:                                                                                          | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weitsichtig <input type="checkbox"/> kurzsichtig |                         |                                                                   |

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit aller Angaben!**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

**Folgende Unterlagen sind dem Anmeldeformular beizulegen bzw. zur Einschreibung mitzubringen:**

- Einverständniserklärung Schulhomepage
- Einverständniserklärung Kaliumjodidtabletten
- Mutter- Kindpass und Impfpass des Kindes **(im Original, nur Kopie der Impfungen)**
- Staatsbürgerschaftsnachweis des Kindes **(im Original und Kopie)**
- Geburtsurkunde des Kindes **(im Original und Kopie)**
- E-Card des Kindes **(im Original und Kopie)**
- Reisepass oder Personalausweis des Kindes **(im Original und Kopie)**
- Meldezettel des Kindes und des/der Erziehungsberechtigten **(im Original und Kopie)**