

Bitte nur den gerahmten Teil ausfüllen

|   |               |                     |                              |                   |  |                         |
|---|---------------|---------------------|------------------------------|-------------------|--|-------------------------|
| Name  |               |                     |                              |                   |  |                         |
| Vorname   |               |                     |                              |                   |  |                         |
| Geburtsdatum                                    |               |                     |                              |                   |  |                         |
| Geburtsort/-land                                | /             |                     |                              | Zuzugsjahr: _____ |  |                         |
| Straße  |               |                     |                              |                   |  |                         |
| PLZ, Wohnort                                    |               |                     |                              |                   |  |                         |
| Tel./Fax/e-mail                                 |               |                     |                              |                   |  |                         |
| Volljährig ab/seit:                             |               |                     |                              |                   |  |                         |
| Geschlecht: m w                                 | Nationalität: | Sprache:            |                              | Konfession:       |  |                         |
| Name und Vorname der Mutter, Anschrift, Telefon |               |                     |                              |                   |  | Geburtsland der Mutter: |
| Name und Vorname des Vaters, Anschrift, Telefon |               |                     |                              |                   |  | Geburtsland des Vaters: |
| Sonstige Erziehungsberechtigte                  |               |                     |                              |                   |  |                         |
| Zur Zeit besuchte Schule seit _____ : _____     |               |                     |                              |                   |  |                         |
| Grundschule: _____                              |               |                     | Jahr der Einschulung: _____  |                   |  |                         |
| erste Schulform SI:                             |               |                     | Wechsel in SI (Datum): _____ |                   |  |                         |
| Übergangsempfehlung SI:                         |               |                     |                              |                   |  |                         |
| Fremdsprachen                                   |               |                     |                              |                   |  |                         |
| Englisch ab Kl:                                 |               | Französisch ab Kl.: |                              | _____ seit:       |  |                         |
| Datum: _____ Unterschrift: _____                |               |                     |                              |                   |  |                         |
| Zeugnis Jgst.:                                  |               | vom:                |                              | Abschluss:        |  |                         |
| Aufnahmegespräch am:                            |               |                     |                              | durch:            |  |                         |
| Aufnahme ja / nein / zum:                       |               |                     |                              | in Jgst.:         |  |                         |
| Bemerkungen:                                    |               |                     |                              |                   |  |                         |
| SpFä 1 2 3 4 5                                  |               |                     | SpIq 1 2 3 4 5               |                   |  |                         |
|   |               |                     |                              |                   |  |                         |
|   |               |                     |                              |                   |  |                         |
| GO-Inf  | AndAnm        | Ein                 | Eng                          | Zens              |  |                         |