



Schülereinschreibung für das Schuljahr 2021/22

FAMILIENNAME und Vorname des Kindes:		
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Geburtsstaat:
Geburtsurkunde – Zahl:	Sozialversicherungsnr.:	
Staatsbürgerschaft:	Muttersprache:	
Religionsbekenntnis:	weitere Sprachen:	
Wohnadresse/Anschrift:		
Besuch des Kindergartens (in Jahren):	Name des Kindergartens:	
PLZ/Ort des Kindergartens:	Wurde Ihr Kind im Kindergarten sonderpädagogisch betreut? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hat Ihr Kind einen zwei- oder mehrsprachigen Kindergarten besucht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wie viele Jahre? _____		
Welche Sprache/n wird/werden in der Familie gesprochen? <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Slowenisch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Bosnisch/Kroatisch/Serbisch <input type="checkbox"/> Andere? _____	Sprachliche Frühförderung (E, Ital., Slo.): _____	
	Musikalische Frühförderung: _____	
	Sportliche Förderung (Verein): _____	
Erziehungsberechtigte(r)/Obsorgeberechtigte(r)		
Familiennamen und Vorname der Mutter:		Familiennamen und Vorname des Vaters:
Wohnort:		Wohnort:
Beruf:		Beruf:
Telefon:		Telefon:
E-Mail:		E-Mail:
Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig		
Obsorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Obsorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Obsorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> Vormund/Pflegeeltern Namen: _____		
Kind wohnt bei: <input type="checkbox"/> den Eltern/Obsorgeberechtigten <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> bei:		
Anmeldung zum zweisprachigen Unterricht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Schulbus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Interesse an schulischer Tagesbetreuung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Anzahl der Tage: _____
Geschwisterzahl:	Geburtsjahre: _____	
Kinderkrankheiten: _____		
Sehkraft: _____	Gehör: _____	Brillenträger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> weit-oder <input type="checkbox"/> kurzsichtig
Frühchen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Schwangerschaftswoche: _____		Linkshänder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm		
Zeigte Ihr Kind im Vorschulalter entwicklungsbedingte Auffälligkeiten in:		
- körperlichen Entwicklung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Therapien: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
- sozialen Entwicklung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Logopädie: <input type="checkbox"/>	Motopädagogik: <input type="checkbox"/>
- sprachlichen Entwicklung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ergotherapie: <input type="checkbox"/>	Familientherapie: <input type="checkbox"/>
Liegen Gutachten vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Physiotherapie: <input type="checkbox"/>	
wenn ja , von: _____	andere Therapien: _____	
Sonstige Angaben:		
_____ Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten		_____ Name der/des Einschreibenden