

Anmeldeformular - Os

Bitte in **BLOCKBUCHSTABEN** ausfüllen!

Anmerkung der Zielschule



Schülerin/Schüler: Familienname:
 Vorname(n):
laut Geburtsurkunde

Geschlecht: weiblich männlich divers

Geburtsdatum: SVNR:

Geburtsstaat: Geburtsort:

Staatsbürgerschaft: Religion: ohne Bekenntnis

Alltagssprache:

Erstsprache*: *Muttersprache

Telefon Schüler/in:

E-Mail Schüler/in:

Herkunftsschule:

Krankheiten: Epilepsie Diabetes Autismus Besonderheit körperlich psychisch
 Allergie:..... sonstige:.....

Medikamente: Dauermedikamente Notfallmedikamente Welche:

Schulform:
ERSTWUNSCH

| | |
|---|--|
| <input type="radio"/> MUSIC (ORG musisch) <input type="radio"/> Latein oder <input type="radio"/> Französisch | <input type="radio"/> Gesang <input type="radio"/> Instrument: <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> ART (ORG bildnerisch) <input type="radio"/> Latein oder <input type="radio"/> Französisch | <input type="radio"/> INTERNATIONAL (RG Langform) <input type="radio"/> Latein oder <input type="radio"/> Spanisch |
| <input type="radio"/> SCIENCE (ORG naturwissenschaftl.) <input type="radio"/> Latein oder <input type="radio"/> Französisch | <input type="radio"/> Musikgymnasium Instrument: <input type="text"/> |

Ich melde mich an für: Ethikunterricht Religionsunterricht

Erziehungsberechtigte: beide nur Mutter nur Vater andere:

| | Mutter / Erziehungsberechtigte | Vater / Erziehungsberechtigter |
|------------------------|--|--|
| Familienname: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Vorname: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| SVNR: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hausnummer: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PLZ: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ort: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Land: | <input type="radio"/> AT <input type="radio"/> FL <input type="radio"/> CH <input type="radio"/> | <input type="radio"/> AT <input type="radio"/> FL <input type="radio"/> CH <input type="radio"/> |
| Telefonnr.: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| E-Mail: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Schüler/in wohnt hier: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ich bin mit der elektronischen Verarbeitung der angegebenen Daten gem. DSGVO zum Zweck der SchülerInnenverwaltung einverstanden.

BRG und BORG
Schillerstraße 13
A - 6800 Feldkirch
Schulkennzahl: 804036

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

T 05522 72051
F 05522 72051-309
E borg.feldkirch@cnv.at
H www.gys.at