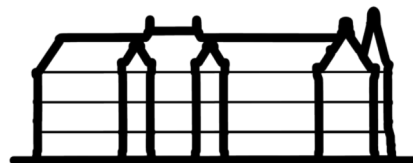


## Anmeldung an der HS Pestalozzistraße im Schuljahr 20\_\_/20\_\_

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Jahrgang 5 | <input type="radio"/> Jahrgang 8  |
| <input type="radio"/> Jahrgang 6 | <input type="radio"/> Jahrgang 9  |
| <input type="radio"/> Jahrgang 7 | <input type="radio"/> Jahrgang 10 |



**Daten der  Schülerin / des  Schülers**       Kind ist Fahrschüler      (bitte ankreuzen)

Name _____	Adresse (Straße) _____
Vorname _____	PLZ und ORT _____
Geburtstag _____	Muttersprache _____
Geburtsort _____	Religion _____
Staatsangehörigkeit* _____	Einschulungsdatum Klasse 1 _____
Krankenkasse _____	Name der einschulenden Schule _____

\* wenn nicht deutsch bitte Rückseite ausfüllen

Teilnahme am Wahlpflichtkurs: (ab Klasse 7)	<input type="radio"/> Werken (Jg. 7 – 10)	<input type="radio"/> Textil (Jg. 7 – 10)
	<input type="radio"/> Technik (Jg. 8 – 10)	<input type="radio"/> Hauswirtschaft (Jg. 8 – 10)
Name und Ort der bisher besuchten Schule:	Klasse: _____	
Wurde eine Klasse wiederholt?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche?	
Liegt ein festgestellter sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf vor?	<input type="radio"/> ja, welcher? <input type="radio"/> nein	

### Daten der Eltern

Sorgerecht liegt bei _____	<input type="radio"/> Mutter		<input type="radio"/> Vater
Name, Vorname: _____	_____	_____	_____
Anschrift (Straße): _____	_____	_____	_____
PLZ Ort: _____	_____	_____	_____
Telefon privat: _____	_____	_____	_____
Telefon Handy: _____	_____	_____	_____
Notfallnummer (Arbeit): _____	_____	_____	_____
Email-Adresse: _____	_____	_____	_____

Braunschweig, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift d. Erziehungsberechtigten)

**Bitte fügen Sie unbedingt das letzte Zeugnis zur Anmeldung hinzu!!!**

<b>Falls das Kind nicht in Deutschland geboren ist</b>	
Geburtsland:	seit wann in Deutschland?

<b>Wichtige Mitteilungen</b>	
<b>Wichtige Informationen über Allergien, Medikamenteneinnahme, häusliche Verhältnisse, körperliche Beeinträchtigungen, etc.</b>	
<b>Masernimpfüberprüfung:</b>	<input type="checkbox"/> Impfbuch <input type="checkbox"/> ärztliche Bescheinigung, nicht älter als 2 Jahre <input type="checkbox"/> Impfung aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich

<b>Eltern sprechen kein oder wenig Deutsch:</b>	Mutter spricht (Sprache) _____
	Vater spricht (Sprache) _____