

Anmeldung

zum Besuch der differenzierten Oberstufe der Integrierten Gesamtschule Paffrath

Bitte in Druckschrift ausfüllen

Bisherige Schule	Aufnahme am:
Str.	Jg.:
PLZ, Ort	Externe ID Nummer

Schüler/ Schülerin

Name	Vorname	Männlich <input type="checkbox"/>	
		Weiblich <input type="checkbox"/>	
Straße	PLZ	Ort	
Geburtsdatum	Geburtsort	Kreis	
Konfession	1. Staatsangehörigkeit	2. Staatsangehörigkeit	Zuzugsjahr
Telefon:	Geburtsland der Mutter	Geburtsland des Vaters	Sprache in der Familie
Hat der /die Schüler/in Klassen wiederholt / übersprungen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> , welche?			
Zahl der Grundschuljahre:	Einschulungsdatum:	Zahl der bisher verbrachten Schuljahre ab Klasse 5:	
Anzahl der bisherigen Schulwechsel:	Jahr und Klasse	Jahr und Klasse	
Name der besuchten Schulen:			
1.			
2.			
Leidet der Schüler/die Schülerin unter gesundheitlichen Einschränkungen oder Krankheiten? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Wenn ja, welche?			
Sind Allergien bekannt? Welche ?			

Anschrift der Eltern

Schüler/in ist volljährig

Name der Mutter	Tel.	
Straße, Hausnummer	Tel. dienstl.	
PLZ	Ort	Handy
Name des Vaters	Tel.	
Straße, Hausnummer	Tel. dienstl.	
PLZ	Ort	Handy

Zahl der Jahre bisherigen Englischunterrichts: Jahre	ab Klasse
Zahl der Jahre bisherigen Französischunterrichts: Jahre	ab Klasse
Zahl der Jahre bisherigen Lateinunterrichts: Jahre	ab Klasse

Ort, Datum

Unterschrift des Schülers/ der Schülerin

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten

Anmerkung:

Über die endgültige Aufnahme kann erst nach Vorlage des Abgangszeugnisses am Ende des Schuljahres entschieden werden.