

Bitte Veränderungen umgehend dem Sekretariat der Schule mitteilen.Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____
(Rufnamen bitte unterstreichen)

Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

sprechende Sprachen: _____

Wohnanschrift: _____

private Telefonnummer: _____

Hortkind: ☐ ja ☐ nein**Gesundheitliche Beeinträchtigungen** (Allergien, Unverträglichkeiten etc.): _____**Personensorgeberechtigte (Mutter):**

(Anschrift, falls abweichend)

dienstl. Tel.-Nr.: _____

Handynummer: _____

E- Mail: _____

Personensorgeberechtigter (Vater):

(Anschrift, falls abweichend)

dienstl. Tel.-Nr.: _____

Handynummer: _____

E- Mail: _____

Nur für Notfälle! _____

Vertrauensperson: _____ Tel.-Nr.: _____

mitversichert bei: _____ geboren am: _____

Unser/Mein Kind darf im Falle medizinischer bzw. psychologischer Indikation von einem Notarzt bzw. von einem Erste-Hilfe-Team in eine Klinik bzw. medizinisch-psychologische Einrichtung mitgenommen werden.
Die Eltern werden aktuell informiert.

Einverständnis der Eltern: _____ (gültig bis zum Widerruf)
Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten

Leipzig, am _____

Mit dem Fotografieren und der Veröffentlichung bei schulischen Aktionen durch Aushänge im Schulgebäude, Schulzeitung, unserer Homepage, ohne jegliche Namensangaben, erkläre ich mich einverstanden.

☐ ja ☐ nein

Bei Schulwechsel darf die Schule die vollständige Schülerakte meines Kindes an die neue Schule übergeben.

☐ ja ☐ nein_____
Datum/Unterschrift des/der Personensorgeberechtigten