



Anmeldung Klasse/ Stufe: 5 6 7 8 9 10 EF Q1 Q2

Schuljahr: _____ Aufnahme datum: _____

Schüler/-in					
Familienname					
Vorname(n)		Geschlecht: <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> divers			
Straße, Nr.					
PLZ, Wohnort			Geburtsort:		
Geburtstag:			Geburtskreis:		
Staatsangehörigkeit		<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere/ welche:		Jahr des Zuzugs:	
Konfession		<input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> isl. <input type="checkbox"/> gr./orth. <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> konfessionslos			
Bitte Teilnahme wählen!		<input type="checkbox"/> ev. Religionsunterricht		<input type="checkbox"/> kath. Religionsunterricht <input type="checkbox"/> Praktische Philosophie	
1. Erziehungsberechtigte/r			2. Erziehungsberechtigte/r		
Familienname					
Vorname		Geschlecht:		Geschlecht:	
		<input type="checkbox"/> w. <input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> d.		<input type="checkbox"/> w. <input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> d.	
Anschrift					
Telefon					
Handy					
Notfalltelefon					
Telefon, dienstl.					
Email					
Geburtsland		1. Erz.-Ber. ↓		2. Erz.-Ber. ↓	
				Gesprochene Sprache in der Familie: ↓	
Sorgeberechtigt		Eltern <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 1. Erziehungsberechtigte/r <input type="checkbox"/> 2. Erziehungsberechtigte/r	
Schullaufbahn					
Welche Schulen wurden besucht und wie lange	Name der Schulen, Ort		von:		bis:
Fremdsprachen					
Sprachenfolge		1. Englisch		von Klasse bis Klasse	
		2.		von Klasse bis Klasse	
Differenzierung					
Die 2-fache Masernimpfung wurde nachgewiesen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Gesundheitliche Einschränkungen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar:					

Mir ist ferner bekannt, dass die Stadt Wesel nur dann Schülerfahrkosten übernimmt, wenn die nächstgelegene Schule im Sinne des § 9 Schülerfahrkostenverordnung ((SchfkVO) besucht wird und die übrigen in dieser VO genannten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Ich bestätige, dass ich die **Behle rung für Sorgeberechtigte gemäß § 34 Absatz 5 Satz 2 Infektionsschutzgesetz (IfSG)** sowie die **Verordnung über die zur Verarbeitung zugelassenen Daten von Schülerinnen, Schülern und Eltern (VO-DV I)** zur Kenntnis genommen habe.

Datum

Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten