



Volksschule St. Margarethen an der Raab

8321 St. Margarethen 254 – Tel. 03115 / 2520 – Fax DW 4

Email: direktion@vsmargarethen.at

Formular zur

Schuleinschreibung 2024/25

Bitte vollständig ausgefüllt zur Schuleinschreibung mitbringen!

Kind:

Familienname:.....Vorname(n):.....

Geb. am:.....Geburtsort:.....

Staatsbürgerschaft:..... Religionsbekenntnis:.....

Muttersprache/Erstsprache.....Zweitsprache/Alltagssprache.....

Wohnadresse:.....

Versicherungsträger (z.B.GKK).....**Vers. Nr. d. Kindes**.....

Kindergartenbesuch (zB: 2022/23):.....

Erziehungsberechtigte:

Vater

Mutter

Name:.....

Name:.....

Beruf:.....

Beruf:.....

Adresse:.....

Adresse:.....

PLZ:.....

PLZ:.....

Tel.:.....

Tel:.....

Email:.....

Das Sorgerecht haben/hat: (Bitte ankreuzen!)

Beide Elternteile

Nur die Mutter

Nur der Vater

Eine andere Person (Vormund): Name.....

Adresse..... Tel.....

Bitte auch die Rückseite ausfüllen!

Ich habe Interesse an einer Nachmittagsbetreuung (bis max. 18 Uhr) für mein Kind.

ja nein

Mein Kind hat folgende Allergien:

.....

Mein Kind muss regelmäßig Medikamente einnehmen: ja nein

Wenn ja, folgende:

Mein Kind hat eine Krankheit, über die die Klassenlehrerin Bescheid wissen sollte:

.....

Alle Informationen werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Datum.....Unterschrift.....