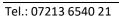
Volksschule Bad Leonfelden

4190 Leonfelden, Adalbert Stifter Str. 25 s416151@schule-ooe.at



Ort, Datum



Schüler-Au	ıfnahmebla	ıtt für das	SJ	

1. Schüler*in:	
Vorname(n):	
Familienname:	Änderung It. Beh.Zl. Datum
Geboren am: in (Gemeinde):	Bundesland:
Staat:laut Geburtsurkunde Behörde, Zahl	, Datum:
Staatsbürgerschaft:	Vers. NR.:
Muttersprache:	Religionsbekenntnis:
Anzahl der Geschwister (Name und Alter) im Haushalt:	
2. Eltern (Vorname Nachname):	
Mutter: Adresse:	
Vater: Adresse	·
Erziehungsberechtigte Person(en):	
Vormund: la	aut (Behörde, Zahl, Datum)
Tel. Nr.: Mutter:	Vater:
Mail: Mutter:	Vater:
Kind wohnt bei: O Eltern OMutter OV	ater O
3. Besuch eines Kindergartens: von bis	in:
Sprachprobleme: nein O ja O welche:	
Andere Besonderheiten:	
Besondere Förderung in/bei:	
Befunde:	
Sind Sie damit einverstanden, dass wir uns bezüglich der S Kindergartenpädagogin bzw. Logopädin in Verbindung setze	
Ja: O Nein: O	
Sollten sich Schülerdaten, Wohnsitz, Telefonnummern ä Schule gemeldet werden.	ändern, müssen die neuen Daten umgehend der

Unterschrift