|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Schillerstraße 1 ♦ 63814 MainaschaffTel.: 06021/78170 ♦ Fax: 06021/781750e-Mail: mail@vs-mainaschaff.deHomepage: www.schule-mainaschaff.de |  |

Familienname:

Vorname:

Geschlecht:

Religionszugehörigkeit:

Religionsunterricht: □ rk □ ev □ il □Ethik

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Geburtsland:

Muttersprache:

Staatsangehörigkeit:

Zuzugsdatum:

**1.Erziehungsberechtigter 2.Erziehungsberechtigter**

Familienname:

Name:

Anschrift:

Email:

Tel/mobil:

Familienname:

Name:

Anschrift:

Email:

Tel/mobil:

Sorgerecht: □ Mutter □ Vater □ gemeinsam

**Weitere Ansprechperson**

Name:

Tel/mobil:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**optional: Wunschpartner/in:**

**Angaben zum Kind**

Besuch des Kindergartens: □ Ja □ Nein seit wann? \_\_\_\_\_\_

Name des Kindergartens: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsjahr Geschwister: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ort, Datum) (Unterschrift)