



Volksschule Heidenreichstein

Schulgasse 2

Tel.: 02862/52336-400

E-Mail: vs.heidenreichstein@noeschule.at

www.vsheidenreichstein.ac.at

Aufnahmebogen Schuljahr 2024/2025

Zuname des (r) Schülers(in)		
Vorname des (r) Schülers(in)		
<input type="checkbox"/> männlich	Geburtsdatum:	Geburtsort:
<input type="checkbox"/> weiblich	Sozialvers-Nr:	Geburtsstaat:
Staatsbürgerschaft:	Religionsbekenntnis:	Muttersprache:
		2. Sprache:
Vater:		
Adresse:		
Tel., e-mail:		
Beruf des Vaters:		
Mutter:		
Adresse:		
Tel., e-mail:		
Beruf der Mutter:		
Vormundschaft (Name, Behörde)		

Wohnadresse des (r) Schülers(in):		
PLZ:	Ort:	
Straße:	Haus.-Nr:	E-Mail:
Das Kind wohnt bei	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Mutter
	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Sachwalter
Kindergartenbesuch Jahre	
Nachmittagsbetreuung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> 1 -2 Tage	<input type="checkbox"/> 3 Tage
	<input type="checkbox"/> 4 Tage	<input type="checkbox"/> 5 Tage
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> chron. Erkrankungen <input type="checkbox"/> regelm. Medikamenteneinnahme Sonstiges:	
Geschwister (Name,Geb.)		
Schwierigkeiten d. Kindes (besondere Auffälligkeiten)		
In welchem Alter hat Ihr Kind zu sprechen begonnen?		
Hat es sprachliche Probleme (z.B. mit bestimmten Lauten,grammatikalische Probleme)		
Mein Freund/meine Freunde sind:		

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben

.....
Unterschrift

Herzlichen Dank!