



Standort:

DM	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>
11.	<input type="checkbox"/>
"5"	<input type="checkbox"/>
NÖ	<input type="checkbox"/>
a.o.	<input type="checkbox"/>

Anm.-Nr. eingelangt am SPF

Anmeldung für das Schuljahr 20__/20__

FMS

Familienname Vorname m w

geboren am SV Nr Anzahl der in Österreich absolvierten Schuljahre
Geburtsort Geburtsland
Staatsbürgerschaft Muttersprache Religion

derzeit besuchte Klasse Schule
an welcher anderen weiterführenden Schule auch angemeldet
Anzahl der Geschwister an welcher Schule

Adresse: PLZ Ort
Str./G./Pl. Nr Stiege Tür

Erziehungsberechtigt(e): Name
Adresse
Telefon (privat) Telefon (Arbeits/Dienststelle)
 Eltern
 Mutter
 Vater

Ich bin damit einverstanden, dass mein(e) Sohn/Tochter eventuell am Unterricht gemeinsam mit Schüler/innen mit besonderem Förderbedarf teilnimmt (Integrationsklassen werden nach Bedarf eingerichtet).

Ja
 Nein

Datum der Anmeldung
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten