

Schulplatzreservierung

Schulplatzreservierung zum Schuljahr <input type="text"/>	Schulplatzreservierung ab <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Oberschule
		<input type="checkbox"/> Abitur	<input type="checkbox"/> Gymnasiale Oberstufe

Angaben der Erziehungsberechtigten (Vertragspartner)

	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Vormund	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Vormund
Name/Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Anschrift	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
PLZ/Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail/Telefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Angaben zum Schüler

	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich
Name/Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsort <input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	Wohnhaft bei <input type="radio"/> Mutter und Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater

Bisher besuchte Schule(n) / erlernte Fremdsprache(n)

Name der z. Zt. besuchten Schule	<input type="text"/>	
1. erlernte Fremdsprache / ab Klasse	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. erlernte Fremdsprache / ab Klasse	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sonstige Angaben

Mitschülerwunsch (ggf. Alternativen)	<input type="text"/>	
Fremdsprachenwunsch	<input type="radio"/> Französisch	<input type="radio"/> Spanisch
Gymnasium	<input type="radio"/> Türkisch	<input type="radio"/> Spanisch
Oberschule	Name der Krankenkasse	<input type="text"/>
Eventuell notwendige gesundheitliche Rücksichten	Versichert mit	<input type="text"/>
<input type="text"/>		
Sonstige Bemerkungen, Notruf/Telefon, ggf. Hinweis auf Anlagen		
<input type="text"/>		

Anfrage

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	<input type="text"/>
Wieso fällt Ihre Wahl auf unsere Schulen?	<input type="text"/>

Datum	Ort	Unterschrift(en)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>