Bitte leserlich und vollständig ausfüllen und zum Einschreibetermin ausgedruckt mitbringen.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Angaben zum Kind | | | | | | |
|  |  |  | |  | | |
| Nachname | Vorname | Geburtsdatum | | Klasse --- bitte freilassen | | |
|  |  |  | |  | | |
| Adresse/Straße | Postleitzahl | Ort | | Versicherungs Nr.: | | |
|  |  |  | |  | | |
| Mitversichert bei (Nachname und Vorname) | Geburtsdatum | Vers.-Anstalten | | Versicherungsnummer | | |
|  |  |  | |  | | |
| Geburtsort | Staat | Staatsbürgerschaft | | Religion | | |
|  |  |  | ☐ | | ☐ | |
| Erstsprache | Sonstige Sprachen | wird voraussichtlich an Religion teilnehmen | ja | | | nein |
| ☐ |  |  | | | | |
| Kindergartenbesuch | Dauer in Jahren | Adresse und Tel. Nr. des Kindergartens | | | | |
| Ich bin damit einverstanden, dass die Schule Kontakt mit dem Kindergarten aufnimmt und Informationen einholt | |  | | | | |
|  |  |  | |  | | |
| Hat Ihr Kind eine Hörbeeinträchtigung? | Hat Ihr Kind eine Sehbeeinträchtigung? | Hat Ihr Kind eine Sprachbeeinträchtigung? | | Hat Ihr Kind eine sonstige Beeinträchtigung? Wenn ja, welche | | |
|  |  |  | |  | | |
| Spätbetreuung ab 15:40 | Geschwister an der Schule | Namen der Geschwister an der Schule | |  | | |
|  |  |  | | | | |
| 8Bestehende Allergien | Wenn ja, welche | Im Notfall dürfen meinem Kind Kalium-Jodidtabletten verabreicht werden | | | | |
|  |  |  | |  | | |
| Datum der letzten Tetanusimpfung |  | Datum der letzten Zeckenimpfung | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Daten der Erziehungsberechtigten | | | | |
|  | |  | | |
| Nachname des 1. Erziehungsberechtigen | | Vorname des 1. Erziehungsberechtigen | | |
|  |  |  |  | |
| Geburtsdatum | Vers. Nr. | Geschlecht | Beruf | |
|  | |  | | |
| Adresse (falls anders als bei Kind) | | E-Mail-Adresse | | |
|  | |  | | |
| Österr. Telefonnummer privat | | Telefonnummer Arbeit | | |
|  | |  | | |
| Nachname des 2. Erziehungsberechtigen | | Vorname des 2. Erziehungsberechtigen | | |
|  |  |  |  | |
| Geburtsdatum | Vers. Nr. | Geschlecht | Beruf | |
|  | |  | | |
| Adresse (falls anders als bei Kind) | | E-Mail-Adresse | | |
|  | |  | | |
| Österr. Telefonnummer privat | | Telefonnummer Arbeit | | |
| Die Eltern sind: | Zutreffendes bitte ankreuzen | Obsorgeberechtigt sind/ist: | Zutreffendes bitte ankreuzen | |
| verheiratet |  | Die Eltern |  | |
| geschieden |  | Die Mutter |  | |
| leben zusammen |  | Der Vater |  | |
| getrennt |  | Andere/bitte anführen |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
|  | | | |
| Sollte ich im Notfall nicht erreichbar sein, soll eine der folgenden Personen verständigt werden, diese sind auch berechtigt mein Kind von der Schule abzuholen: | | | |
| Nachname: | Vorname | Verwandtschaftsverhältnis | Telefonnummer |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | | | |
| Besondere Wünsche? (z.B. Schwerpunkt der Klasse, Lehrer\*innenteam, Freunde…) Die von Ihnen geäußerten Wünsche werden nach Möglichkeit berücksichtigt, können aber leider nicht garantiert werden. | | | |
| Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Texte, Bild- und Tonaufnahmen meines Kindes, im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Homepage, Folder, Zeitung, Klassenblog…..) veröffentlicht werden. | | |  |
|  | | |  |
| Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und bin darüber informiert, dass ich verpflichtet bin Änderungen, insbesondere Telefonnummern und Wohnadresse, der Schule sofort schriftlich mitzuteilen. „Die Daten werden im Rahmen des Informationsverbundsystems WISION für die Bildungsdirektion für Wien verarbeitet. Zweck der Datenverarbeitung ist die Verwaltung der Wiener allgemeinbildenden Pflichtschulen. DVR-Nummer: 0064131/397“ | | | |
|  |  |  |  |
| Hiermit bestätige ich, dass ich mit der Verwendung des digitalen Kommunikationstools „Schoolfox“ einverstanden bin. Die Kommunikation wichtiger Klasseninformationen wird künftig über die SchoolFox-App stattfinden. | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Datum |  | Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |