

AUFNAHMEBOGEN

Mittelschule Lichtenwörth, Kirchenplatz 4, 2493 Lichtenwörth

nms.lichtenworth@noeschule.at 0664/ 88723614



NAME DES KINDES Vor und Familienname	
NAME DER MUTTER	
NAME DES VATERS	

GEBURTSDATUM	
STAATSBÜRGERSCHAFT	
RELIGIONSBEKENNTNIS	
BESUCH DES RELIGIONSUNTERRICHTS	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
ERSTSPRACHE	
SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER	

ADRESSE (Hauptwohnsitz des Kindes)	
--	--

ERZIEHUNGSBERECHTIGT	<input type="radio"/> MUTTER <input type="radio"/> VATER
KIND WOHT BEI DER/DEM	<input type="radio"/> MUTTER <input type="radio"/> VATER
ADRESSE/EMAIL/ TELEFONNUMMER (MUTTER)	
ADRESSE/EMAIL/ TELEFONNUMMER (VATER)	

KRANKHEITEN/ALLERGIEN

NACHMITTAGSBETREUUNG WIRD VORAUSSICHTLICH AN FOLGENDEN TAGEN BENÖTIGT

(Bitte ankreuzen)

- Montag
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag
- Nachmittagsbetreuung wird nicht in Anspruch genommen

DATUM und UNTERSCHRIFT: _____