

# STAATLICHE GEMEINSCHAFTSSCHULE STADTILM

## Offene Ganztagschule

Schulstraße 4; 99326 Stadtilm; Tel. (03629) 800330; Fax (03629) 800331

E-mail: [sk@tgs-stadtilm.de](mailto:sk@tgs-stadtilm.de); home: [www.tgs-stadtilm.eu](http://www.tgs-stadtilm.eu)

### Anmeldeformular Team 5 für das Schuljahr 18/19

Name, Vorname(n) des Kindes:			m/w
geboren am:			
Geburtsort/Land			
ggf. in Deutschland seit			
häusliche Verkehrssprache			
Anschrift	.....		
ggf. Ortsteil:	.....		
Telefon privat Festnetz/mobil:			
Einschulungsdatum			
Name der 1. Schule			
Konfession:			
gewünschte Teilnahme am Unterrichtsfach (bitte ankreuzen!)	Evangelische Religion <input type="radio"/>	Ethik <input type="radio"/>	
1. Fremdsprache		seit Klasse:	
2. Fremdsprache (bitte ankreuzen!)	Russisch	Französisch	Spanisch
1. Wunsch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Wunsch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Wer ist Sorgeberechtigter? (bitte ankreuzen!)

Bitte beachten Sie:

-bei getrenntlebenden, geschiedenen und nicht verheirateten Eltern ist die Vollmacht des sorgeberechtigten Elternteils vorzulegen bzw. der Nachweis des alleinigen Sorgerechts zu erbringen.

Mutter  Vater  beide Eltern

#### Angaben zu den Sorgeberechtigten:

**Mutter** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
tagsüber erreichbar unter Telefon: \_\_\_\_\_

**Vater** Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
tagsüber erreichbar unter Telefon: \_\_\_\_\_

ggf. abweichende Anschrift: .....

#### Wer soll im Notfall benachrichtigt werden, wenn Sie nicht erreichbar sind?

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Gibt es besondere Hinweise, die für Ihr Kind zutreffen und die wir beachten sollten?  
(Brillenträger; besondere Krankheiten; Allergien; Dauermedikamente etc.)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift von beiden Sorgeberechtigten