

Aufnahme in den Jahrgang 5 ab Schuljahr _____

Schüler/in:	
Name, Vorname:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Staatsangehörigkeit:	
geb. am:	in
Konfession:	
Straße, PLZ, Ort	
Geburtsland:	
Verkehrssprache: (Sprache zu Hause)	
Nach Deutschland gezogen am:	(nur bei ausländischen Schülerinnen und Schülern)

Unterricht:	
Teilnahme am Religionsunterricht:	<input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> Werte und Normen <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> islamisch (bitte weiteres Kreuz für Zweitwunsch)
Teilnahme am SAZ- Unterricht (Selbstbestimmte ArbeitsZeit)	<input type="checkbox"/> ja Bitte Informationen beachten! <input type="checkbox"/> nein (Homepage: <i>Schulprofil\Schwerpunkte\SAZ-Klassen</i>) <input type="checkbox"/> unentschieden
Orchesterklasse gewünscht?	<input type="checkbox"/> ja Instrument: <input type="checkbox"/> nein
2. Pflichtfremdsprache ab Klasse 6: (voraussichtlicher Wunsch)	Erstwahl Zweitwahl (Bitte unbedingt angeben!): <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Latein <input type="checkbox"/> Latein <input type="checkbox"/> Spanisch <input type="checkbox"/> Spanisch

Sonstiges:	
Welche Grundschule hat Ihr Kind besucht?	
Jahr der Einschulung in die Grundschule (mit Schulkindergarten)	
Zusammen in eine Klasse mit:	
Körperliche Beeinträch- tigungen/Allergien:	
Geschwister am Scharnhorstgymnasium:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bitte wenden!

Erziehungsberechtigte:		
	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Stiefmutter <input type="checkbox"/> Pflegemutter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuerin <input type="checkbox"/> Lebensgefährtin des Vaters <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Stiefvater <input type="checkbox"/> Pflegevater <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Lebensgefährte der Mutter <input type="checkbox"/>
(Behörde):		
Name:		
Vorname:		
Geburtsland:		
Staatsangehörigkeit:		
Beruf:		
z. Zt. berufstätig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Straße:		
PLZ, Ort:		
Ortsteil:		
Tel. privat:		
Tel. dienstlich:		
Tel. mobil:		
E-Mail:		

Hildesheim, den _____

_____ (Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)