

Aufnahme in den Jahrgang ____ ab _____

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"/> katholisch <input type="checkbox"/> Werte und Normen		
Fremdsprachen	von Klasse bis Klasse		
	von Klasse bis Klasse		
Fremdsprachen (nur bei Aufnahme in Jg. 6)	<table border="0"> <tr> <td>Erstwahl <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Latein <input type="checkbox"/> Spanisch</td> <td>Zweitwahl (Bitte unbedingt angeben!): <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Latein <input type="checkbox"/> Spanisch</td> </tr> </table>	Erstwahl <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Latein <input type="checkbox"/> Spanisch	Zweitwahl (Bitte unbedingt angeben!): <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Latein <input type="checkbox"/> Spanisch
Erstwahl <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Latein <input type="checkbox"/> Spanisch	Zweitwahl (Bitte unbedingt angeben!): <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Latein <input type="checkbox"/> Spanisch		

Sonstiges:	
Zuletzt besuchte Schule (bitte mit Adresse)	Klasse:
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)