



Volksschule & Musikvolksschule Sieghartskirchen  
Tullner Straße 22, 3443 Sieghartskirchen

**KONTAKT**  
Tel.: 02274/2291-1  
Fax: 02274/2291-4  
321291@noeschule.at

# Aufnahmebogen

**Kind Familien-Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_

Geburtsstaat: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_ **Sozialversicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

**Vorher besuchte Schule:**  
\_\_\_\_\_

**Kind wohnt bei:**  Mutter oder  Vater oder  \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ erziehungsberechtigt  JA  NEIN

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon privat: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Telefon beruflich: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

Weitere Bezugspersonen (z.B. **Partner**, Großeltern usw.)

Name: \_\_\_\_\_ erziehungsberechtigt  JA  NEIN

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon beruflich: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ e-Mail: \_\_\_\_\_

**Was wir zum Wohle des Kindes wissen sollten:**

Psychische - physische Probleme: (Sprachstörung, Sinnesorgane, Bewegungsapparat, Krampfstände etc.):

.....

Datum: ..... Unterschrift des Erziehungsberechtigten: .....

**Ich bedanke mich für Ihre Mithilfe!**  
**Dir OSR Gerhard Beer, Dipl. Päd.**