

SCHÜLERSTAMMBLATT

(Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen)

Schüler/in:

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Personennummer: _____

Straße: _____ Land: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Muttersprache: _____

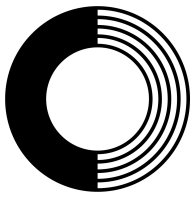
1. Vorschulzeit:

Kindergarten: von/bis: _____ Ort: _____

Vorschule: von/bis: _____ Ort: _____

2. Schulzeit: (bisheriger Schulbesuch)

Grundschule				
Klasse	Name der Schule	Schulort	von	bis
1				
2				
3				
4				
Sekundarstufe I 12-jähriges System () 13-jähriges System (*)				
	Name der Schule	Schulort/-art (HS?RS?GY)		
5				
6				
7				
8				
9				
Sekundarstufe II gymnasiale Oberstufe				
	Name der Schule	Schulort/-art (HS?RS?GY)		
10/11*				
12				
(13)				



SCHÜLERSTAMMBLATT

3. Sprachkenntnisse:

	Sprache	von Klasse	bis Klasse
1. Fremdsprache			
2. Fremdsprache			
3. Fremdsprache			

	keine	gering	Grundkenntnisse	fließend	Muttersprache
Deutsch					
Norwegisch					

4. Notwendige Informationen:

- Mein/ unser Kind hat
- Lese-Rechtschreibschwäche
 - Rechenschwäche
 - ADS / ADHS
 - Allergie(n)

wenn ja, welche

Mein/ unser Kind nimmt regelmäßig Medikamente

- ja nein

wenn ja, welche

Sorgerecht: Wir haben gemeinsames Sorgerecht: ja nein

Ich bin allein erziehungsberechtigt: _____

Name

Datum / Unterschrift der Mutter

Datum / Unterschrift des Vaters