

NOTFALLADRESSE

Schüler(in): **Klasse:**

Postleitzahl/Ort: **Straße/Nr.:**

SV-Nr.:

Krankenversicherung: GKK BVA KFA **sonstige:**

Allergien, chron. Krankheiten, Dauermedikation:

Erziehungsberechtigte(r): Eltern Vater Mutter

Name und Titel des Vaters:

Telefon: **E-Mail:**

Name und Titel der Mutter:

Telefon: **E-Mail:**

evt. Großvater / -mutter, ...: **Telefon:**

MELDUNG FÜR DIE VERWALTUNG SCHULJAHR 2024/2025

Schülername: Klasse: VS

Mein Kind wird im Schuljahr _____ die Schule wie folgt besuchen:

- Schule extern (lt. Stundenplan)
- Schule und Betreuung bis 14.30 Uhr (inkl. Mittagessen)
- Schule und Betreuung bis 18.00 Uhr (inkl. Mittagessen)

Datum:

Unterschrift: