

Nur zur internen Bearbeitung!

Stempel der zuständigen Schule

Landkreis Havelland
 Kooperationsschule Friesack
 Sonnenweg 6 · 14662 Friesack
 Tel. (033235) 2970-0, Fax (033235) 2970-1

Bitte auswählen

**ANMELDUNG ZUM SCHULAUFNAHMEVERFAHREN FÜR DAS SCHULJAHR
20 /20**

Datum der Anmeldung:

Angaben zum Kind		
Familienname	Geburtsname	Vorname
Geburtsdatum		Geburtsort
Geschlecht <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich		Muttersprache
Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
bisher besuchte Kita		

Angaben zu den Eltern		
Der Begriff „Eltern“ wird gemäß dem Brandenburgischen Schulgesetz verwendet, wonach der Begriff Eltern alle „die für die Person der minderjährigen Schülerin oder des minderjährigen Schülers einzeln oder gemeinsam Sorgeberechtigten oder ihnen nach diesem Gesetz gleichgestellte Personen“ einschließt (vgl. § 2 Nr. 5 BbgSchulG).		
1.		
Name	Vorname	<input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte/r
Telefon mit Vorwahl / Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit		E-Mail*
Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		
2.		
Name	Vorname	<input type="checkbox"/> Sorgeberechtigte/r
Telefon mit Vorwahl / Hinweis auf zeitliche Erreichbarkeit		E-Mail*
Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)		

(* freiwillige Angaben)

	Besondere Hinweise der Sorgeberechtigten
--	--

	Ort, Datum	Unterschrift der Sorgeberechtigten
--	------------	------------------------------------