

Aufnahme in die 1. Klasse
AKADEMISCHES GYMNASIUM SALZBURG

Akademiestrasse 26, 5020 Salzburg, Tel. 0662-829-142, Fax DW 17

Anmeldung von 6. Februar – 7. März 2015

Familienname des Kindes: _____
Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____ Geburtsstaat: _____
Geschlecht: _____ Sozialvers.Nr. des Kindes: _____
Staatsbürgerschaft: _____ Religion: _____
Muttersprache: _____ zuletzt besuchte Volksschule: _____
Geschwister im Akad. Gym.: Vorname(n): _____ Klasse(n): _____

Erziehungsberechtigte(r):

1. Name = Adressat für Benachrichtigungen: _____
2. Name: _____

Wohnort: PLZ: _____ Ort: _____
Straße: _____ Telefon: _____
Email: _____
Unter welcher Tel.-Nummer tagsüber erreichbar: _____

Noten 3. Kl. VS 2. Sem. D: _____ M: _____

Noten 4. Kl. VS 1. Sem. D: _____ M: _____

Schullaufbahn: Bitte Namen der Schule und Anzahl der besuchten Klassen angeben:

Vorschule nach Erreichen der Schulpflicht (Name): _____

Volksschule(n) (Name): _____ jeweils Klassen: _____

Welche Klasse wurde wann und wo wiederholt: VS _____ Klasse: _____

| | Name der Wunschschele bzw. Schulform |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| Zweitwunschschele/Schulform | |
| Drittwunschschele/Schulform | |
| Viertwunschschele/Schulform | |

Das angemeldete Kind wird in der 1. und 3. Klasse folgenden alternativen Pflichtgegenstand besuchen (Zutreffendes ankreuzen!): Technisches Werken Textiles Werken

Ich bin an einer Nachmittagsbetreuung meines Kindes interessiert (Zutreffendes ankreuzen!):
 3 Tage pro Woche 4 Tage nicht interessiert

Raum für besondere Anmerkungen:

Anmeldedatum und Uhrzeit

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten