

Freie Waldorfschule Sorsum



Weetzener Str. 1, 30974 Wennigsen
Tel. 05109-52 95 50 Fax 05109-52 95 60

Telefon: _____

Kind:

Name: _____

Vorname(n): _____

Bitte beifügen

Foto des Kindes

ggf. letztes Zeugnis in Kopie

und ggf. besondere Berichte

Straße: _____

PLZ _____

Wohnort: _____

Ortsteil: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Konfession: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Geschwister(Name): _____

Geb.-Datum: _____

Schule, Kiga: _____

Aufnahme wird gewünscht ab: _____

in Klasse: _____

Welche Schule(n)/Kiga hat es besucht: _____

Liegen körperliche oder seelische Einschränkungen vor: _____

Welche Krankheiten hat das Kind durchlebt: _____

Macht(e) das Kind eine Therapie: _____

Freie Waldorfschule Sorsum



Eltern:

Name und Vorname der **Mutter**:

Beruf:

Name und Vorname des **Vaters**:

Beruf:

Familienverhältnisse:

verh.; Ehe geschieden; Eltern getrennt; Elternteil verstorben

War einer von Ihnen Waldorfschüler: Mutter; Vater

Geben Sie uns bitte einen kurzen Abriss über die Entwicklung Ihres Kindes bis heute und ggf. Gründe für den Schulwechsel:

Maximal 8 Zeilen, benutzen Sie evtl. ein Zusatzblatt

Was hat Sie zur Wahl unserer Schule veranlasst?

Maximal 3 Zeilen

Wie können Sie die noch wachsende Schule unterstützen:

Maximal 3 Zeilen

Bei evtl. Änderungen Ihres Namens, der Adresse oder der Telefonnummer benachrichtigen Sie uns bitte umgehend. Bitte reichen Sie uns regelmäßig die aktuellen Zeugnisse ein. Mit einer Speicherung Ihrer Daten zur schulinternen Verwendung sind Sie einverstanden.

/

Ort/ Datum

Unterschrift der Eltern, bzw. Erziehungsberechtigten