



Zuname:		
Vorname:		
Geschlecht:	weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>
Geburtstag:		
Geburtsort:		
Geburtsland:	Deutschland <input type="checkbox"/>	sonstiges:
Straße / Hausnummer:		
PLZ / Wohnort:		
Teilort:		
Telefon:		
WICHTIG: "Not"-Telefon-Nummern		
Staatsangehörigkeit:	Deutsch <input type="checkbox"/>	sonstige:
2. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden)		
Muttersprache	Deutsch <input type="checkbox"/>	sonstige:
Konfession:	ev. <input type="checkbox"/> rk. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sonstige: (Genau Bezeichnung)
Teilnahme am Religionsunterricht:	ev. <input type="checkbox"/> rk. <input type="checkbox"/>	ohne RU <input type="checkbox"/>

	Erster Erziehungsberechtigter (Hauptansprechpartner)	Zweiter Erziehungsberechtigter
Zuname:		
Vorname:		
Geschlecht:	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Straße / Hausnummer:		
PLZ / Wohnort:		
Teilort:		
WICHTIG Tel. privat:		
WICHTIG Tel. dienstlich:		
WICHTIG Handy-Nr.:		
Mail-Adressen <u>bitte in Druckbuchstaben:</u>		