



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Ortsteil \_\_\_\_\_

**Schüler/in lebt bei:**  
 Eltern: \_\_\_ Vater: \_\_\_ Mutter: \_\_\_ allein: \_\_\_ sonst: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männl. \_\_\_ weibl. \_\_\_ Muttersprache (wenn nicht deutsch): \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Gemeinde: \_\_\_\_\_

Anzahl Geschwister: \_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

---

**Sorgeberechtigte/r:**  
 Name, Vorname des Vaters: \_\_\_\_\_  
 Nationalität: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Name, Vorname der Mutter: \_\_\_\_\_  
 Nationalität: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

**Familienstand:**  
 verheiratet: \_\_\_ getrennt lebend: \_\_\_ geschieden: \_\_\_ verwitwet: \_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Sorgerecht:**  
 beide: \_\_\_ Vater: \_\_\_ Mutter: \_\_\_ bzw.: \_\_\_\_\_

allein erziehend (gerichtl. Beschluss liegt bei): \_\_\_\_\_

sonstige auskunftsberechtigte Personen: \_\_\_\_\_

---

**Telefon privat** \_\_\_\_\_ **Handy** Mutter \_\_\_\_\_ Vater \_\_\_\_\_

**dienstlich** Mutter \_\_\_\_\_ Vater \_\_\_\_\_

**Email** Mutter \_\_\_\_\_ Vater \_\_\_\_\_

**ggf. bei getrennt lebenden Sorgeberechtigten weitere Anschrift:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Straße /Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Ortsteil \_\_\_\_\_

Telefon priv. \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

---

Name, Anschrift, Tel. des zweiten Elternteils ohne Sorgerecht / Notfallnummer: \_\_\_\_\_

---

Jahr der Einschulung in die erste Klasse: \_\_\_\_\_

Wiederholte Klasse: \_\_\_\_\_ in dem Schuljahr: \_\_\_\_\_

Zurzeit besuchte Klasse: \_\_\_\_\_, Profil: \_\_\_\_\_

Name/Anschrift/Fax der derzeitigen Schule: \_\_\_\_\_

---

sonderpäd. Förderbedarf nein: \_\_\_ ja: \_\_, welcher: \_\_\_\_\_  
 (schriftlicher Bescheid liegt bei)

In Sek.I gewährter Nachteilsausgleich bis einschl. Kl. 10  
 \_\_\_ LRS \_\_\_ Dyskalkulie -> \_\_\_ schriftlicher Bescheid liegt bei

---

**Bemerkungen** zur FESH-internen Info: (z. B.: Wunsch Klassenkamerad/in;  
 Krankheiten, Allergien)

\_\_\_\_\_

---

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift/en Erziehungsberechtigte (bei Minderjährigen)

---

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Schüler/in