



Einschreibung für das Schuljahr 2025/2026

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen!

Schülerdaten													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Vorname 1</th></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	Vorname 1		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Vorname 2</th></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	Vorname 2		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Vorname 3</th></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	Vorname 3						
Vorname 1													
Vorname 2													
Vorname 3													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Nachname</th></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>			Nachname										
Nachname													
Geburtsdaten													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Geburtsdatum</th></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	Geburtsdatum		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Geburtsort</th></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	Geburtsort		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Geburtsland</th></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	Geburtsland						
Geburtsdatum													
Geburtsort													
Geburtsland													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Geburtsdatum lt. Mutter-Kind-Pass: (dd mm yyyy)</th></tr> <tr><td style="text-align: center;">_ _ _ _ _</td></tr> </table>	Geburtsdatum lt. Mutter-Kind-Pass: (dd mm yyyy)	_ _ _ _ _	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">SVNr.</th></tr> <tr><td style="text-align: center;">_ _ _ _ _</td></tr> </table>		SVNr.	_ _ _ _ _							
Geburtsdatum lt. Mutter-Kind-Pass: (dd mm yyyy)													
_ _ _ _ _													
SVNr.													
_ _ _ _ _													
Geburtsurkunde/Staatsbürgerschaft													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Ausstellungsort</th></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	Ausstellungsort		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Ausstellungsdatum</th></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>		Ausstellungsdatum								
Ausstellungsort													
Ausstellungsdatum													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Geschlecht</th></tr> <tr> <td style="width: 33%;">männlich <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">weiblich <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">divers <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>	divers <input type="checkbox"/>							
Geschlecht													
männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>	divers <input type="checkbox"/>											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Staatsbürgerschaft</th></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	Staatsbürgerschaft		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">lebt in Österreich seit:</th></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>		lebt in Österreich seit:								
Staatsbürgerschaft													
lebt in Österreich seit:													
Sprachkenntnisse													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Erstsprache</th></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	Erstsprache		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Zweitsprache</th></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	Zweitsprache		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Drittsprache</th></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	Drittsprache						
Erstsprache													
Zweitsprache													
Drittsprache													
Religion													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">röm.-kath. <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">evangelisch <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">islam. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">sonstige <input type="checkbox"/> _____</td> <td>o. B. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	röm.-kath. <input type="checkbox"/>	evangelisch <input type="checkbox"/>	islam. <input type="checkbox"/>	sonstige <input type="checkbox"/> _____		o. B. <input type="checkbox"/>							
röm.-kath. <input type="checkbox"/>	evangelisch <input type="checkbox"/>	islam. <input type="checkbox"/>											
sonstige <input type="checkbox"/> _____		o. B. <input type="checkbox"/>											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Soll Ihr Kind den Religionsunterricht besuchen?</th></tr> <tr> <td style="width: 33%;">Ja <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 66%;">Nein <input type="checkbox"/> (Bitte beiliegendes Formular ausfüllen!)</td> </tr> </table>			Soll Ihr Kind den Religionsunterricht besuchen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> (Bitte beiliegendes Formular ausfüllen!)								
Soll Ihr Kind den Religionsunterricht besuchen?													
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> (Bitte beiliegendes Formular ausfüllen!)												
Allgemein													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Kindergarten</th></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Welcher:</td> <td style="padding: 2px;">_____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">_____ Jahre</td> <td></td> </tr> </table>	Kindergarten		Welcher:	_____	_____ Jahre		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Geschwister</th></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Anzahl: _____</td> </tr> </table>	Geschwister		Anzahl: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><th style="padding: 2px;">Hausarzt</th></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>	Hausarzt	
Kindergarten													
Welcher:	_____												
_____ Jahre													
Geschwister													
Anzahl: _____													
Hausarzt													

Daten der Erziehungsberechtigten

Mutter

Vorname	Nachname
Geburtsdatum	Beruf
Straße	Hausnummer/Tür
PLZ	Ort
Telefonnummer	E-Mail

Vater

Vorname	Nachname
Geburtsdatum	Beruf
Straße	Hausnummer/Tür
PLZ	Ort
Telefonnummer	E-Mail

	Mutter	Vater
erziehungsberechtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind wohnt bei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wer darf im Nofall kontaktiert werden und Ihr Kind abholen?

	Name	Telefonnummer	Beziehungsverhältnis zum Kind
1.			
2.			
3.			

Einverständniserklärung zur Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten

Liebe Eltern! Liebe Erziehungsberechtigte!

Der Reaktorunfall von Tschernobyl hat zu einem starken Anstieg von strahlenbedingtem Schilddrüsenkrebs bei Kindern und Jugendlichen in den stark belasteten Gebieten um Tschernobyl geführt. Ursache dafür ist radioaktives Jod, das bei schweren Reaktorunfällen in großen Mengen freigesetzt wird. Nach Aufnahme in den Körper wird es in der Schilddrüse gespeichert und führt dort zu einer hohen lokalen Strahlenbelastung.

Die rechtzeitige Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten sättigt die Schilddrüse mit stabilem Jod und verhindert so die Speicherung von radioaktivem Jod. Dadurch werden die Strahlenbelastung der Schilddrüse und damit das Auftreten von strahleninduziertem Schilddrüsenkrebs praktisch auf null gesenkt. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Tabletten vor Eintreffen der radioaktiven Wolke eingenommen werden.

Die rechtzeitige Einnahme von Kaliumjodid-Tabletten bietet einen sehr wirksamen Schutz vor strahleninduziertem Schilddrüsenkrebs.

Um eine rechtzeitige Einnahme zu ermöglichen, werden in Schulen Kaliumjodid-Tabletten gelagert. Eine Abgabe an Ihr Kind kann jedoch nur mit Ihrer vorherigen Einwilligung erfolgen. Durch Unterschreiben der untenstehenden Einverständniserklärung können Sie die Abgabe an Ihr Kind ermöglichen.

Bei einem Reaktorunfall erfolgt die Abgabe der Kaliumjodid-Tabletten nur nach ausdrücklicher Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden.

Bitte lesen Sie vor Ihrer Einwilligung die beiliegenden Angaben aus der Gebrauchsinformation zu den Kaliumjodid-Tabletten aufmerksam durch.

Die Direktion

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Name des/der Erziehungsberechtigten: _____

- JA, ich erteile die Einwilligung (für die Dauer des Besuches der Einrichtung), meinem Kind nach Aufforderung durch die Gesundheitsbehörden Kaliumjodid-Tabletten zu verabreichen. Ich bestätige, dass mir für mein Kind keine Unverträglichkeiten und Gegenanzeigen zur Einnahme der Tabletten bekannt sind, und dass ich bei Bekanntwerden von Unverträglichkeiten oder Gegenanzeigen die Schule unverzüglich verständigen werde.

- NEIN, ich erteile die Einwilligung nicht

Datum: _____ Unterschrift: _____

Foto- und Videoaufnahmen

Wir erklären uns hiermit damit einverstanden, dass Fotos/Videos, die im Rahmen des Unterrichts oder im Rahmen von Projekten, bei Schulveranstaltungen oder bei Projekttagen entstanden sind, zur Präsentation und Information (z.B. Homepage der Schule und des Elternvereins, Schuljahres- und Zeitungsbericht) veröffentlicht werden dürfen.

Datum _____

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten _____

Nachmittagsbetreuung



Ich brauche eine Nachmittagsbetreuung:

Ja

Nein

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen:

Änderungen sind der Schule umgehend bekannt zu geben!

Datum _____

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten _____

Von der Schule auszufüllen:

Klasse

schulreif

nicht schulreif

Deutsch-Sprachförderung

notwendig

nicht notwendig

ordentlich

außerordentlich

SPF