

Eingeteilt in  
Klasse:

## Schüleraufnahme nach der MVO

### Schülerdaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Sprache(n) im häuslichen Umfeld: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### Elterndaten

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Vaters: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Notfallkontakt: \_\_\_\_\_

### Schulische Laufbahn

Einschulung am: \_\_\_\_\_ Grundschule: \_\_\_\_\_

Bisherige Schule und Klasse: \_\_\_\_\_

Klassenlehrer\*in: \_\_\_\_\_ Wiederholung: \_\_\_\_\_

**BLATT BITTE WENDEN**

### **Datenschutz**

Hiermit willigen wir ein, dass die Schule die angegebenen Daten speichern darf und über die Kontaktdaten mit uns in Kontakt treten darf.

Wir sind damit einverstanden, dass die Daten im Rahmen einer Klassenliste bzw. Telefonliste auch an andere Schüler und Eltern derselben Klasse weitergegeben werden.

Wir sind damit einverstanden, dass Ton- und Bildaufnahmen auf der Homepage, in der Schülerzeitung und sonstigen Publikationen veröffentlicht werden.

### **Gesundheit**

Seit dem 01.03.2020 gilt in Deutschland die Impfpflicht gegen Masern (§ 20, Absatz 9 Infektionsschutzgesetz). Bitte zeigen Sie den Impfpass bald möglichst im Sekretariat.

Masernnachweis erfüllt:  ja  nein

### **Verein der Freunde der WHR e.V.**

Wir möchten Mitglied im Verein der Freunde der WHR werden:  ja  nein

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r