



ANMELDEFORMULAR

Datum der Anmeldung: _____

Name des Kindes:	_____			
Geburtsdatum:	Tag _____	Monat _____	Jahr _____	Alter _____
Geschlecht:	Junge: <input type="checkbox"/>	Mädchen: <input type="checkbox"/>		
Nationalität:	_____			
1) Muttersprache:	1) _____	2) _____		
2) weitere Sprachen:	_____			
Religion:	_____			
Englischkenntnisse:	Keine: <input type="checkbox"/>	Wenig: <input type="checkbox"/>	Gut: <input type="checkbox"/>	Muttersprachler/in: <input type="checkbox"/>
Straße:	_____			
PLZ und Wohnort:	_____			
Telefon:	_____			
Email-Adresse:	_____			
Bemerkungen: (gesundheitliche Besonderheiten, körperliche oder geistige Behinderung)	_____ _____ _____			

Angaben zur Familie

Name:	Vater: _____	Mutter: _____
Nationalität:	_____	_____
Beruf / Firma:	_____	_____
Adresse Arbeit:	_____	_____
Tel. (tagsüber):	_____	_____
Namen der Geschwister im IMK:	1) _____	Alter _____
	2) _____	Alter _____
Kontaktperson für Notfälle:	_____	Tel.: _____
Kinderarzt:	_____ _____	
Unterschrift der Eltern:	_____ Vater	_____ Mutter