

Angaben zur Krankenkasse:

Das Kind ist versichert über _____

(Name d. Versicherten) bei der Krankenkasse

_____ .

Betreuender Haus-/ Kinderarzt (Name, Anschrift, Telefon):

Wie viele Geschwister hat Ihr Sohn / Ihre Tochter?

Name: _____ Geb.Datum: _____ Klasse: _____

Name: _____ Geb.Datum: _____ Klasse: _____

Name: _____ Geb.Datum: _____ Klasse: _____

Name: _____ Geb.Datum: _____ Klasse: _____

Name: _____ Geb.Datum: _____ Klasse: _____

Ich bin/Wir sind über das pädagogische Konzept der IGS - Immanuel unterrichtet und erkenne(n) es hiermit an. Ebenso erkenne(n) ich/wir an, dass der biblische Unterricht als ordentliches Fach verpflichtend ist. Damit verzichte(n) ich/wir auf das für mich/uns evtl. zutreffende Minderheitenrecht für den Religionsunterricht.

Ich bin/Wir sind bereit, uns an den Kosten der Schule entsprechend meinem/unserem Einkommen zu beteiligen und den Beitrag 12 mal jährlich (1 mal monatlich) im voraus zu entrichten (Schulgeld).

Ich erkläre mich/Wir erklären uns mit der Schulordnung und den rechtlichen Vereinbarungen der IGS - Immanuel einverstanden und bekunde(n) das durch meine/unsere Unterschrift.

_____, den _____
Ort, Datum

Unterschrift(en)

Bitte fügen Sie dieser Anmeldung eine Kopie der Geburtsurkunde Ihres Kindes bei, Zeugniskopien ab Klasse 3 und soweit vorhanden auch die voraussichtliche Schullaufbahneempfehlung.

Von uns auszufüllen:

Schuljahr					
Klasse					

Einschulung: _____ vom _____ bis _____
_____ vom _____ bis _____
_____ vom _____ bis _____