

Kurstufe
Tutorin/Tutor

Anmeldung

Kurstufe



Name der Schülerin/des Schülers: männl. / weibl.
Familiennamen Vorname

Geburtsort..... Geburstag..... Staatsangehörigkeit..... Konfession.....

überwiegende Sprache in der Familie: E-Mail-Adresse Schüler/in

PLZ, Wohnort, Straße:

Telefon (zu Hause): Name der Herkunftsschule:

Derzeit besuchte Klasse: Name der Schule:

Geschwister am Wieland-Gymnasium in Klasse:

Fächerwahl laut Kurswahlbogen

Ich möchte gerne mit folgenden Mitschülern in einen Kurs:

Personalangaben der Erziehungsberechtigten:

(Gem. § 19 Abs. 2 Landesdatenschutzgesetz werden diese Daten nur schulintern verwendet!)

Familienstand: verheiratet getrennt *) geschieden*) ledig *)

*) Mutter sorgeberechtigt: ja nein *) Vater sorgeberechtigt ja nein

Personalangaben der Erziehungsberechtigten:

Familiennamen, Vorname der Mutter Beruf (freiwillig)

PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr. Handy-Nr. / dienstliche Tel.-Nr. für Notfälle

Familiennamen, Vorname des Vaters Beruf (freiwillig)

PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr. nur bei Abweichungen Handy-Nr. / dienstliche Tel.-Nr. für Notfälle

E-Mail-Adresse (bitte in **Druckbuchstaben** ausfüllen). Bitte nur eine Adresse angeben, über die wir und der Elternbeirat Sie erreichen können.

Datum Unterschrift der/des Sorgeberechtigten *) Unterschrift der/des Sorgeberechtigten
*) bei ledigen, getrenntlebenden oder geschiedenen Eltern mit gem. Sorgerecht müssen beide Elternteile unterschreiben

Mir ist bekannt, dass das Formular **Zustimmungserklärungen und Einwilligungen** (blaues Papier) bis zum Schuleintritt meines Kindes unterschrieben vorliegen müssen. Alle Ordnungen und Formulare erhalten Sie über das Sekretariat auf Anfrage und als Download über den [Service-Bereich](#) der Schulhomepage www.wieland-gymnasium.de (Unterseite Formulare und Downloads).

Mein Kind hat **gesundheitliche Beeinträchtigungen** (auch Allergien) von denen die Schule Kenntnis haben sollte. Das von mir unterschriebene Formular **Umgang mit personenbezogenen Daten über eine Erkrankung** (grünes Papier) und/oder **Verhalten bei Notfällen bei einer dauerhaften Erkrankung / Gabe von Notfallmedikamenten** (rosa Papier) liegt bei.

Datum Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Anlage: letztes Zeugnis Zust.Erkl. SEPA Masern Umgang mit Daten dauerhafter Krankheiten