



## Vorlaufkurs - Anmeldung

Zu den folgenden Angaben sind die Eltern nach § 83 Abs. 1 und 3 des Hessischen Schulgesetzes verpflichtet:

Datenschutzinformation

[https://rheingau-taunus.de/fileadmin/forms/datenschutz/datenschutzinformation\\_allgemein.pdf](https://rheingau-taunus.de/fileadmin/forms/datenschutz/datenschutzinformation_allgemein.pdf)

**Seite 1 von 2**

### Schüler / Schülerin:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort / Geburtsland

Straße, Hausnummer

Telefon-Nr. (Festnetz)

Fax-Nr.

PLZ

Gemeinde/Stadt **mit Ortsteil**

Geschlecht:

männlich

weiblich

Staatsangehörigkeit:

deutsch

sonstige: \_\_\_\_\_

Zuzug nach Deutschland: \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr)

Sprache in der Familie: überwiegend: \_\_\_\_\_ zusätzlich: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_ Teilnahme am Religionsunterricht:  Ja  Nein

### Eltern:

Mutter:

Name

Vorname

Anschrift (nur, wenn abweichend von der Adresse des Schülers / der Schülerin)

Vater:

Name

Vorname

Anschrift (nur, wenn abweichend von der Adresse des Schülers / der Schülerin)

Erziehungsberechtigung: \_\_\_\_\_

Im **Notfall** erreichbar:

Name, Vorname

Telefon-Nr./Mobil-Nr. (privat+Arbeitsstelle)

Name, Vorname

Telefon-Nr./Mobil-Nr. (privat+Arbeitsstelle)

Name, Vorname

Telefon-Nr./Mobil-Nr. (privat+Arbeitsstelle)

Name, Vorname

Telefon-Nr./Mobil-Nr. (privat+Arbeitsstelle)

Rabenschule, Auf der Weid, 65510 Hünstetten-Wallrabenstein

Tel.: 06126-6065, Fax: 06126-8709

E-Mail: [poststelle4256@schule.hessen.de](mailto:poststelle4256@schule.hessen.de)

**Freiwillige Angaben**

(gemäß § 7 Abs. 2 des Hessischen Datenschutzgesetzes)

E-Mail-Adressen:

Mutter: \_\_\_\_\_  
-bitte in **Druckschrift-**

Vater: \_\_\_\_\_  
-bitte in **Druckschrift-**

Krankenversicherung:

\_\_\_\_\_ Name

\_\_\_\_\_ Anschrift

Tetanusimpfung:

Ja \_\_\_\_\_  Nein  
**Datum** der letzten Impfung

**PFLICHTANGABE gemäß § 33 IfSG!**

**Masernschutzimpfung:**

Ja  Nein  
 1 Impfung  
 2 Impfungen

Informationen, welche die Schule beachten sollte:

(z. B. gesundheitliche Beeinträchtigungen, Allergien, körperliche Behinderungen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **beider** Erziehungsberechtigten