

## Aufnahme in die 1. Klasse AKADEMISCHES GYMNASIUM SALZBURG





## Sinnhubstraße 15, 5020 Salzburg, Tel. 0662-829142; sekretariat@akadgym.at HUM 21KLASSE COOLKLASSE

Familienname des Kindes	s: _		
Vorname:			Geschlecht:
Geburtsdatum:			Geburtsort:
Geburtsstaat:			Staatsbürgerschaft:
Religion:			Muttersprache:
SozVersNR des Kindes:			zuletzt besuchte VS:
Geschwister im Akad. Gym	n.: -		Klassen:
Erziehungsberechtigte			
Für Benachrichtigungen			
2. Name			
Wohnort	_	PLZ:	Ort:
		Straße:	Telefon:
		Email:	
		Tel. tagsüber:	:
		3	
<b>Noten 3. Kl. VS</b> 2. Sem.	D:		M:
<b>Noten 4. Kl. VS</b> 1. Sem.	D:		M:
			<del></del>
7	c	Na	lame der Wunschschule bzw. Schulform
Zweitwunschschule/Schul <sup>.</sup> Drittwunschschule/Schulfo			
Drittwunschschule/Schulfd	orm		
Ich bin an einer Nachm	ittagsbe	etreuung mei	ines Kindes interessiert (Zutreffendes ankreuzen!):
☐ 3 Tage pro	Woche	☐ 4 Tage	nicht interessiert
Ich bin an der   COC	)L-Klass	e □ H	HUM21-Klasse interessiert
Raum für besondere Anr	merkung	jen:	
	_		
Anmeldedatum und Uhrzeit		ait .	Unterschrift eines Frziehungsberechtigte