

Mittelschule 2 Leibnitz

8430 Leibnitz, Karl-Morre-Gasse 14
Tel. 03452/82593 E-Mail: office@ms2-leibnitz.at



Anmeldung an der MS 2 Leibnitz 2025/26

SchülerIn: Lfd.Nr:

| | |
|---------------------|------------------------------------|
| Geburtsdatum: | Versicherungsnummer: |
| Geschlecht: | Religion: |
| Staatsbürgerschaft: | SPF: o Ja o Nein |
| Muttersprache: | Freifahrtschein: o Ja o Nein |

Bruder/Schwester an der Schule: Name/Klasse:

Eltern:

| | Mutter | Vater |
|-------------|--------|-------|
| Familiename | | |
| Vorname | | |
| Adresse | | |
| Gemeinde | | |
| Telefon | | |
| E-Mail | | |
| Beruf | | |

Erziehungsberechtigung: o Mutter o Vater o beide

Kind lebt bei:

Zuletzt besuchte Schule/Klasse:

GTS (Nachmittagsbetreuung) erwünscht: o Ja o Nein

Wenn ja, an welchen Wochentagen: o Mo o Di o Mi o Do o Fr

.....
Datum

.....
Unterschrift

Anmerkung: Dieses Formblatt dient der Anmeldung Ihres Kindes. Eine Information darüber, ob Ihr Kind an der MS 2 Leibnitz aufgenommen wird, erhalten Sie binnen 14 Tagen nach Anmeldeschluss.