

Schülereinschreibung – Vpisovanje 2025/26

Die **Bildungsdirektion Kärnten** bittet um folgende Angaben, um die Zuteilung der Ressourcen zu optimieren.
Izobraževalna direkcija na Koroškem prosi za naslednje podatke, da lahko optimirajo dodelitev resurz.

FAMILIENNAME und Vorname des Kindes:		
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Geburtsstaat:
Geburtsurkunde – Zahl:		Sozialversicherungsnr.:
Staatsbürgerschaft:		Geschlecht: weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Religionsbekenntnis:		Muttersprache:
Wohnadresse/Anschrift:		
Besuch des Kindergartens (in Jahren):		Name des Kindergartens:
PLZ/Ort des Kindergartens:		Wurde Ihr Kind im Kindergarten sonderpädagogisch betreut? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind einen zwei- oder mehrsprachigen Kindergarten besucht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wie viele Jahre? _____		
Welche Sprache/n wird/werden in der Familie gesprochen? <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Slowenisch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Bosnisch/Kroatisch/Serbisch <input type="checkbox"/> Andere? _____		Fremdsprachliche Frühförderung (E, Ital., Slo.): Musikalische Frühförderung: Sportliche Förderung (Verein):
Erziehungsberechtigte(r)/ Obsorgeberechtigte(r)		
Familiename und Vorname der Mutter:		Familiename und Vorname des Vaters:
Wohnort:		Wohnort:
Beruf:		Beruf:
Telefon:		Telefon:
E-Mail:		E-Mail:
Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig		
Obsorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Obsorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Obsorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> Vormund/Pflegeeltern Namen:		
Kind wohnt bei: <input type="checkbox"/> den Eltern/Obsorgeberechtigten <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> bei:		
Schulbus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Interesse an schulischer Tagesbetreuung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Anzahl der Tage:
Geschwisterzahl:		Geburtsjahre:
Kinderkrankheiten:		
Sehkraft:	Gehör:	Brillenträger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> weit-oder <input type="checkbox"/> kurzsichtig
Frühchen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Schwangerschaftswoche: _____		Linkshänder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm		
Zeigte Ihr Kind im Vorschulalter entwicklungsbedingte Auffälligkeiten in:		
- körperlichen Entwicklung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Therapien: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- sozialen Entwicklung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Logopädie: <input type="checkbox"/> Motopädagogik: <input type="checkbox"/>
- sprachlichen Entwicklung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Ergotherapie: <input type="checkbox"/> Familientherapie: <input type="checkbox"/>
Liegen Gutachten vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Physiotherapie: <input type="checkbox"/>
wenn ja , von:		andere Therapien:
Sonstige Angaben:		
_____ Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten		_____ Name der einschreibenden Lehrperson