



Patientenaufkleber

Anmeldung Klinikschule

Station: _____

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße / Hausnr.: _____ Religion: _____

PLZ / Ort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Schuldaten

Bundesland: _____

Name der Stammschule: _____

Straße / Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Klassenleitung: _____

Fax: _____

Klasse _____ und Schulform (bitte ankreuzen):

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Grundschule | <input type="radio"/> Wirtschaftsschule |
| <input type="radio"/> Mittelschule | <input type="radio"/> Werkrealschule |
| <input type="radio"/> Realschule | <input type="radio"/> Montessorischule |
| <input type="radio"/> Gymnasium | <input type="radio"/> Waldorfschule |
| <input type="radio"/> Fach- / Berufsoberschule | <input type="radio"/> Förderschule |
| <input type="radio"/> Berufsschule | <input type="radio"/> sonstige: _____ |
| <input type="radio"/> Gesamtschule | |

Fremdsprache/n:

- Englisch Latein Französisch Spanisch Italienisch Altgriechisch

Termine Schulaufgaben (soweit bekannt): _____

Schulische Fehlzeiten: _____

Schulische Probleme / Besonderheiten: _____
