# Ingeborg Bachmann Gymnasium

**Anmeldung für die ……/…… Klasse/Type für das Schuljahr 20…… /…….**

| SCHÜLER (IN) | | | |
|---|---|---|---|
| Familienname: | | | |
| Vorname(n): | | ☐ weiblich | ☐ männlich |
| SVNr. / Geburtsdatum: | T T M M J J | Religion: | |
| Ort der Geburt: | | | |
| Staatsbürgerschaft: | ☐ Österreich ☐ _____ | Erstsprache: | |
| Vorschuljahr: | ☐ ja Volksschule:_____ | ☐ nein | |
| Zuletzt besuchte Schule: | | Klasse: | |
| Geschwister am IBG: | | | |

| ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/R | ☐ Mutter | ☐ Vater | ☐ gesetzliche(r) VertreterIn |
|---|---|---|---|
| | ☐ Eltern | | |
| Titel: | | | |
| Vorname(n): | | | |
| Familienname(n) | | | |
| Adresse: | | | |
| PLZ, Ort: | | | |
| Tel. Privat: | | | |
| Tel. Arbeit: | | | |
| E-Mail: | | | |

| Nachmittagsbetreuung: (unverbindliche Vorerhebung) | ☐ ja ☐ nein |
|---|---|

Kaliumjodidtabletten – Zustimmung JA ☐ NEIN ☐

bisherige Schullaufbahn:

| von – bis: | Schule: |
|---|---|
| …… | …… |
| …… | …… |
| …… | …… |

……, am ……

……
Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)

Ingeborg Bachmann Gymnasium
Ingeborg-Bachmann-Platz 1
9020 Klagenfurt

Tel.: 0463 / 511735
Email: bg-klu-bachmann@lsr-ktn.gv.at
www.ibg.ac.at