Mittelschule der Stadt Vils
Josef Ahorn Weg 18
6682 Vils
Tel.: 05677/8347
Fax: 05677/8347-4
E-Mail: direktion@ms-vils.tsn.at

Anmeldung zum Besuch der MS Vils im Schuljahr 2024/25

SCHÜLER/SCHÜLERIN:

Familienname: ..... Vorname: .....

geboren am ..... in: .....

Adresse: Straße: ..... PLZ: ..... Ort: .....

Sozialversicherungsnummer: .....

Staatsbürgerschaft: ..... Religion: .....

Muttersprache: ..... Schulbesuchsjahr: .....

Zuzug aus: ..... Ort: ...

.....
(Schulart: z.B.: Volksschule)

Fahrschüler (Zutreffendes bitte ankreuzen!) ja nein Einsteigstelle: .....

TEL: Vorwahl: ..... Rufnummer: ..... eventuell Handy:.....

E-Mail: .....

ELTERN/ERZIEHUNGSBERECHTIGTE:

Vater: Titel: ..... Akad. Grad: ..... Beruf: .....

Familienname: ..... Vorname: .....…

Mutter: Titel: ..... Akad. Grad: ..... Beruf: .....

Familienname: ..... Vorname: .....

GESCHWISTER des Kindes bitte nach dem Alter anführen (Vorname und Geburtsjahr):

.....

.....

....
(Ort) (Datum) (Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)