RUDOLF STEINER SCHULE | ST. GALLEN HEUTE ALLES FÜR MORGEN

Anmeldung

☐ definitiv ☐ provisorisch

Rudolf Steiner Schule St.Gallen, Rorschacherstrasse 312, 9016 St. Gallen
info@steinerschule-stgallen.ch, www.steinerschule-stgallen.ch

☐ Kindergarten gewünschter Eintritt am .....

☐ Klasse ..... gewünschter Eintritt am .....

☐ Gewünschte Schnupperzeit von ……..……..... bis ……..……..……....

Schüler / Schülerin		**Eltern**	Mutter	Vater
Name [1]:	…….....	Name [1]:	……..…….....	.....
Vorname:	…….....	Vorname:	……..…..……	……..……
Strasse:	…….....	Strasse:	……..……..……	……...…...…...…
Postleitzahl:	…….....	PLZ:	……..……....…	……....……
Ort:	…….....	Ort:	……..……....…	……....……..…
Geb.Datum:	…….....	Beruf:	……....……	……....……
Konfession:	…….....	Telefon P:	……....…	……....……..…
Staats-angehörigkeit:	…….....	Telefon G:	……....……	……...……..…
Geschwister	…….....	Mobile:	……..……..…	……....……..…
Geb. Datum	…….....	Fax:	……....……	……...……....……
	…….....	E-Mail:	……....…	……...……..…

[1] *gesetzliche, im Zivilstandsregister eingetragene Namen*

Zuletzt besuchte Schule / Kindergarten

Klasse/Kindergarten ……..... Ort …….....…….....

Wir empfehlen folgende Kontaktperson (Name / Telefon) .....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? ……..

Ort .....Unterschrift .....

Datum .....