



# Gymnasium Höhenkirchen-Siegertsbrunn

Naturwissenschaftlich-  
technologisches und  
musisches Gymnasium

Tel.: 08102/99 35-0  
Fax: 08102/99 35-129  
Mail: sekretariat@gym-hksb.de  
www.gym-hksb.de

**Aufnahmeantrag für die Jahrgangsstufe Q \_\_\_\_\_ im Schuljahr \_\_\_\_\_**

Eintritt zum: \_\_\_\_\_

1. Familienname, Vornamen  
(Rufname unterstreichen)

\_\_\_\_\_

2. Geschlecht

männlich     weiblich

3. Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Falls nicht deutsches Geburtsland

Zuzugsdatum \_\_\_\_\_

Verkehrssprache in der Familie

\_\_\_\_\_

4. Staatsangehörigkeit

deutsch     \_\_\_\_\_

5. Bekenntnis \_\_\_\_\_

Religionsunterricht in  rk     ev  
 Ethik

6. Name des / der Erziehungsberechtigten:

**Mutter:**

Familienname, Vorname

\_\_\_\_\_

Straße:

\_\_\_\_\_

PLZ:    Ort:

\_\_\_\_\_

Telefon-Nr: \_\_\_\_\_

Mobil-Nr: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse in Druckschrift:  
(= ESIS-Adresse)

**Vater:**

Familienname, Vorname

\_\_\_\_\_

Straße:

\_\_\_\_\_

PLZ:    Ort:

\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse in Druckschrift:  
(= ESIS-Adresse)

\_\_\_\_\_

**Schüler/in:**

E-Mail-Adresse in Druckschrift:  
(= ESIS-Adresse)

\_\_\_\_\_

7. Schüler/in wohnt bei  Eltern  Mutter  Vater
8. Gemeinsames Sorgerecht  nein\*  ja\*  
 (\*falls nein, Sorgerechtsbeschluss des \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ )
10. Wiederholungen  Pflicht  freiwillig  freiwilliger Rücktritt  
 jeweils Jahrgangsstufe \_\_\_\_\_
11. **Schullaufbahn:**  
 vorherige Schule / Gymnasium: \_\_\_\_\_  
 gewählter Zweig: \_\_\_\_\_  
 Fremdsprachen: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges/Besonderheiten: \_\_\_\_\_
12. Geschwister (Vorname, Geburtsjahr) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
13. Das Schreiben über ESIS habe ich zur Kenntnis genommen. Ich möchte schulische Rundschreiben in Zukunft über ESIS erhalten  ja  nein
14. Besondere Hinweise (Brille, Hörschwäche, Krankheit, Allergie, usw.)  
 \_\_\_\_\_
15. Laut pädagogischem Wortgutachten liegt vor:  
 eine fachärztlich festgestellte Legasthenie  
 eine vom zuständigen Schulpsychologen festgestellte Lese- u. Rechtschreibschwäche

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift eines Erziehungsberechtigten und  
 (bei Volljährigkeit Unterschrift Schüler/in)