

Münstersche Strasse 6
10709 Berlin

info@tora-kolleg.de
www.tora-kolleg.de



Bildungsprogramm
für jüdische Jugend

Tel: 030/212 80 833

Fax: 030/212 80 831

Baruch Haschem

ANMELDUNGSFORMULAR

Angaben zur Person

Vorname:

Nachname:

PASSBILD

Geburtsdatum:

Erreichtes Alter bei Eintritt:

_____ Jahre _____ Monate

Eintrittsjahr:

Nationalität:

Muttersprache:

Weitere Sprachen:

Adresse:

Angaben zu den Eltern

Name des Vaters:

Name der Mutter:

Adresse:

Telefon privat:

Telefon geschäftlich:

Handy-Nr:

E-Mail-Adresse:

Zusätzliche Angaben zu den Personen, die im Notfall erreicht werden sollen:

Name:

Verhältnis zum Schüler:

Adresse:

Telefon privat:

Telefon geschäftlich:

Handy-Nr:

E-Mail-Adresse:

Transport

Mein Kind nutzt die öffentlichen Verkehrsmittel:

Mein Kind wird den Schulbus nutzen (Hin- und Rückfahrt):

Unterkunft

Mein Kind soll in einer Einrichtung des Tora Kollegs Berlin untergebracht werden.

JA NEIN

Mittagessen

Bitte nennen Sie uns diätische Verhaltensregeln, die Ihr Kind befolgen muss und begründen Sie diese:

Sprachen

Welche Sprache spricht Ihr Kind zu Ihnen? _____

Welche Sprache spricht Ihr Kind zu Geschwistern? _____

In welcher Sprache wurde Ihr Kind an der letzten Schule unterrichtet?

Medizinische Informationen zu dem Schüler

Medizinische Daten

Hatte Ihr Kind bisher:		Hat Ihr Kind Probleme mit:	
Asthma	Ja / Nein	Sehen	Ja / Nein
Epilepsie	Ja / Nein	Hören	Ja / Nein
Diabetes	Ja / Nein	Sprechen	Ja / Nein
Magen- und Darmprobleme	Ja / Nein	Mobilität	Ja / Nein
Allergien	Ja / Nein	Verhalten	Ja / Nein
Andere Indikationen	Ja / Nein	Anderes	Ja / Nein

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, geben Sie uns bitte nähere Informationen:

Medikamente

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen: Ja / Nein

Wenn Sie mit „Ja“ geantwortet haben, geben Sie uns bitte nähere Informationen

Name des Medikamentes	Stärke	Dosis	Zeit, zu der das Medikament genommen werden muss
-----------------------	--------	-------	---

Muss Ihr Kind während der Schulzeit Medikamente einnehmen Ja / Nein

Leidet Ihr Kind an einer Krankheit oder Behinderung, welches die Teilnahme
am Sport - und/oder Schwimmunterricht beeinträchtigt.

Ja / Nein

Informationen zum Hausarzt

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Notfallrufnummer

Privat _____ Arbeit Vater _____

Arbeit Mutter _____

Wir bitten um die Aufnahme unseres Kindes in das Bildungsprogramm Tora Kolleg Berlin.

Die Regeln über die Durchführung des Programms werden hiermit akzeptiert.

Unterschriften:

Elternteil 1: _____ Datum: _____

Elternteil 1: _____ Datum: _____

Intern

Anmeldungsformular ausgefüllt	Initialen _____	Datum: _____
Medizinische Informationen vollständig	Initialen _____	Datum: _____
Judaikaprüfungsurkunden	Initialen _____	Datum: _____
Vertrag unterschrieben	Initialen _____	Datum: _____
Passbild	Initialen _____	Datum: _____
Ärztliches Attest	Initialen _____	Datum: _____