**Bildungszentrum Pestalozzi**

**Mittelschule**

**8700 Leoben**, **Kerpelystraße 13**

**(** +43 3842/4062-755

**\*** [**ms.pestalozzi@schulen-leoben.at**](mailto:ms.pestalozzi@schulen-leoben.at)

**:** [**www.ms-pestalozzi.at/**](http://www.ms-pestalozzi.at/)

**ANMELDUNG FÜR DAS SCHULJAHR 2024/25**

**Schülerin/Schüler**

derzeit besuchte Schule

Geschlecht männlich weiblich Sozialvers.Nr.

geboren am Tag Monat 20 in

PLZ, Wohnort

Straße, Nr.

Staatsbürgerschaft Erstsprache

Geburtsstaat Religion

**Erziehungsberechtigte(r)**

Vater Mutter Sonstige

PLZ, Ort, Straße, Nr.

Telefonnummer(n)

E-Mail-Adresse

**Anmeldung für Schwerpunkte**

IT Englisch Kein Schwerpunkt

**Nachmittagsbetreuung & Mittagessen**

Bedarf für Tage Kein Bedarf

Leoben, am , 20 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten