



**Antrag zur Neuaufnahme  
eines Kindes im  
„Fliegenden Klassenzimmer“**

Fliegendes Klassenzimmer  
Neufferstraße 1  
67346 Speyer  
Telefon 06232 / 79419  
kontakt@flik-speyer.de

**Daten des Kindes**

Name	Vorname

Geburtstag		Geburtsort	
Geschlecht		Religion	
Staatsangehörigkeit		Sprache(n)	

**Geschwister**

Name	Vorname	Geb. - Datum

Was sollten wir noch über Ihr Kind wissen? (z.B. chronische Krankheiten; Allergien; Unverträglichkeiten; Medikamentengabe; o.ä. ....)	
--	--

Grund des Antrages:
Gewünschtes Aufnahmedatum:

Eingangsdatum des Antrags: _____ aufgenommen von _____ Verwaltungsvermerke:
---



Daten der Erziehungsberechtigten	1. Person	2. Person
Name:		
Vorname:		
Geburtstag / Geburtsort:		
Staatsangehörigkeit:		
Straße:		
Wohnort:		
Telefon privat:		
Telefon dienstlich:		
Handy:		
E- Mail- Adresse:		
Arbeitsstätte:		
Art der Beschäftigung:		
Zeitliche Beanspruchung:		
Krankenkasse:		
Familienstand:		
Inhaber(in) der Sorgerechte:	Unterschrift	Unterschrift

**Weitere Abholberechtigte für das Kind**

Vorname, Familienname	Telefonnummer	Personenrolle

**Erklärung:**

Ich bin damit einverstanden, dass bei der Platzvergabe diese Daten zum Abgleichen mit anderen Einrichtungen verwendet werden.

Speyer, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_