

NÖMS Gaweinstal  
Schulstraße 2  
2191 Gaweinstal  
02574/29500  
[nms.gaweinstal@noeschule.at](mailto:nms.gaweinstal@noeschule.at)  
nnoems-gaweinstal.at



## A n m e l d u n g

Ich melde mein Kind **verbindlich** für den Besuch der Mittelschule Gaweinstal im Schuljahr **2026/27** an.

Familienname				Vorname		
Geburtsdatum		Religion		SV-Nummer Krankenkasse		
Staatsbürgerschaft				Muttersprache		
Erziehungsberechtigte(r)						
Anschrift						
Telefon				E-Mail		
aktuell besuchte Schule+Klasse						

.....  
*Datum*

.....  
*Unterschrift des Erziehungsberechtigten*