NÖMS Gaweinstal
Schulstraße 2
2191 Gaweinstal
02574/29500
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 **2027/28** an.

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

…….
Datum

……..
Unterschrift des Erziehungsberechtigten