

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 2024/25 an.

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

.....
Datum

.....
Unterschrift des Erziehungsberechtigten