

Anmeldung für Gastschüler

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: w m

Wohnort: _____ Straße: _____

Geburtsland: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Name des Vaters: _____ Beruf: _____

Name der Mutter: _____ Beruf: _____

Zurzeit besuchte Schule: _____ Klasse: _____

Bisher besuchte Schulen: _____

Angaben zur Gastfamilie

Name: _____

Straße: _____ Ort: _____

Telefon-/Handynummer: _____

Name der Schüleraustausch Organisation: _____

Bitte um Aufnahme an die TMS ab dem _____ bis _____

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Die Aufnahme an die TMS ist vom _____ bis _____ in Klasse _____ genehmigt.

Die Aufnahme wird abgelehnt.

Lübeck, den _____

Peter Flittiger (OStD)

Kontakt
tms.luebeck@schule.landsh.de
www.thomas-mann-schule.de

Sekretariat
Tel. 0451/ 122-857 00
Fax 0451/ 122-857 90

Schulleitung
Herr Peter Flittiger