

Antrag Internatsplatz

Name: _____ Nutzung ab: _____

Sportart: _____ Klassenstufe: _____

Trainer: _____ Klassenleiter: _____

Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____

Wohnort: _____ Postleitzahl: _____

Straße: _____ Landkreis: _____

Bundesland: _____ Tel. Schüler: _____

Krankenkasse+Vers.-Nummer Schüler: _____ [] Priv.-Versichert

Bei Allergien oder Unverträglichkeiten reichen Sie bitte ein Attest vom Facharzt mit ein.

Erziehungsberechtigte: _____

Tel. Eltern: _____

Notfallnummer, falls Eltern nicht erreichbar: _____

eMail Eltern: _____

Datum+Untersch. Erziehungsber.: _____

Kontakt Internatsleiter : Herr Friedrich, Tel. 0355 49904100 oder friedrich@ssb-cottbus.dewww.ssb-cottbus.de