

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: _____

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

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

Schulleitung
Herr Dirk Rother

Angaben zur Gastfamilie

Name: _____

Straße: _____ Ort: _____

Telefon-/Handynummer: _____

Name der Schüleraustausch Organisation: _____

Wir bitte um Aufnahme an die TMS ab dem _____ bis _____

Lübeck, den _____

Ort/Datum _____ Unterschrift Antragsteller:in _____

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

Die Aufnahme wird abgelehnt.

Lübeck, den _____

Dirk Rother (OSTD)