

Eignungsüberprüfung der MS Sillian – Sonderform Musik

Angaben zum Kind:

Datum: _____

| | |
|------------------------------------|--|
| Familienname: | Vorname: |
| männlich: <input type="checkbox"/> | weiblich: <input type="checkbox"/> besucht die Volksschule in: |

Angaben zur/zum Erziehungsberechtigten:

| | |
|--|-----------------------|
| Familienname: | Vorname: |
| Wohnadresse (PLZ, Ort, Straße, HNr.): | |
| E-Mail Adresse: | Telefonnummer: |

1. **Gespräch/Motivation:**

| G | H | R |
|---|---|---|
| | | |

2. **Instrument:**

Welches Instrument:.....

Ausbildungszeit:Jahre

3. **Instrumentalwunsch für die MS-Sillian:**

- Gitarre ☐
- Klavier ☐
- Keyboard ☐
- Querflöte ☐
- Gesang ☐

Ergebnis:

- ☐ geeignet
- ☐ auf der Warteliste
- ☐ nicht geeignet

Die Kommission/Unterschriften:
