

Aufnahmeblatt Musik

Nachname		Vorname	
Geburtsdatum		Geschlecht	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Musikalische Vorbildung			
Spielt Ihr Kind bereits ein Instrument?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Welches? Wie lange? Wo? (LMS oder privat?)	
Singt Ihr Kind gerne?	ja, oft <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Wenn ja, was?	<input type="checkbox"/> Schlager/ Poplieder <input type="checkbox"/> Lieder aus der Schule <input type="checkbox"/> Kinderlieder
Bewegt sich Ihr Kind gerne zur Musik?	ja, oft <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
Musikalische Weiterbildung in der Schule			
Wunsch-Instrument (Gitarre, Keyboard, Klavier, Saxophon, Gesang)	Erste Wahl: Zweite Wahl:		
Hat Ihr Kind täglich die Gelegenheit, 10-20 Minuten ungestört zu üben?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wo?	
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r			