

Anmeldung zum Schulbesuch 2024/2025

| Schüler/Schülerin | | |
|---|---|--|
| Name: | Vorname(n): | |
| Geschlecht: | Konfession: | |
| Geb.-Datum: | Geb.-Ort: | |
| Staatsangehörigkeit: | Geburtsland: | |
| Straße: | PLZ/Ort: | |
| 1. Telefon-Nr.: | Notfall-Telefon-Nr.: | |
| Erziehungsberechtigte | | |
| Mutter | Name: | Vorname: |
| | Evtl. abweichende Anschrift (Straße, Ort) | |
| | Handy-Nr. | Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | @-Mail-Adresse | |
| Vater | Name: | Vorname: |
| | Evtl. abweichende Anschrift (Straße, Ort) | |
| | Handy-Nr. | Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | @-Mail-Adresse | |
| Wann wurde Ihr Kind in die Grundschule eingeschult: _____ Ist Ihr Kind mehrsprachig aufgewachsen? <input type="checkbox"/> Ja welche Sprachen? _____ <input type="checkbox"/> Nein Wurde Ihr Kind zurückgestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt? <input type="checkbox"/> Ja Kl. _____ <input type="checkbox"/> Nein Hat Ihr Kind ein Schwimmbadzeichen? <input type="checkbox"/> Ja welches? _____ <input type="checkbox"/> Nein Wurde für Ihr Kind ein Bedarf an sonderpädagogischem Unterstützungsbedarf festgestellt? <input type="checkbox"/> Ja Art: _____ festgestellt am: _____ <input type="checkbox"/> Nein Masernimpfschutz ist nachgewiesen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Bei Migrationshintergrund: Seit wann sind Sie in Deutschland? _____ Welche Herkunftssprache? _____ | | |
| Besonderheiten Ihres Kindes (Asthma, LRS, Dyskalkulie, Allergien, etc.): Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> Ja welche? _____ <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Mitschülerwünsche | | |
| 1. | 2. | |

Datum

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten