

**Anmeldung für Klasse**

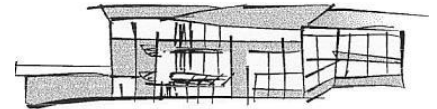
1. Fremdsprache: Englisch

Personalien des Kindes			
Name	Vorname		
Geburtsdatum	Eintritt in Grundschule: Schuljahr?		
Geburtsort	Eintritt in Grundschule: Ort?		
Staatsangehörigkeit	Bisherige Schule?		
Muttersprache			
Religion/Konfession	Bisherige Klasse?		
Anmerkungen:	Schuljahr wiederholt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: welche Klasse(n)?
<i>nur bei Anmeldung ab Klassenstufe 7: Wahlpflichtbereich - Fach:</i>			

Personalien der/des Erziehungsberechtigten			
Name		Name	
Vorname		Vorname	
Straße Nr.		Straße Nr.	
PLZ / Wohnort		PLZ / Wohnort	
Telefon		Telefon	
Mobil		Mobil	
E-Mail Adresse		E-Mail Adresse	
Sorgeberechtigte: <input type="checkbox"/> beide Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> sonstige			
Aufenthaltsbestimmungsrecht: <input type="checkbox"/> beide Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> sonstige			
Weitere Kontaktperson (Name und Telefonnummer)			

Gesundheitl. Beeinträchtigungen: (Allergien,...)	Behandelnder Arzt:
<b>Wichtig: Ich bestätige, dass ich das Merkblatt zum Infektionsschutzgesetz erhalten habe. Ich weiß, dass ich verpflichtet bin, bei Auftreten der dort aufgeführten Erkrankungen der Schule unverzüglich Meldung zu machen.</b>	
Ich bin damit einverstanden, dass Bilder zu Repräsentations- und Dokumentationszwecken veröffentlicht werden dürfen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Datum, Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten



## Informationen an die Schule zur Neuanmeldung

<b>Name</b> .....	<b>Vorname</b> .....			
<b>Stärken</b>				
<b>Schwächen</b>				
<b>besondere Interessen</b> (Hobby, musisch - kulturell, mathematisch - naturwissenschaftlich, sprachlich ...)				
<b>Gesundheitliche Beeinträchtigungen:</b>	<input type="checkbox"/> ADS	<input type="checkbox"/> ADHS	<input type="checkbox"/> <i>stilles</i> ADS	<input type="checkbox"/> Autismus
Art der Beeinträchtigung (Allergien ...): ..... Maßnahme: .....	<b>Maßnahme:</b> <input type="checkbox"/> medikamentiert <input type="checkbox"/> zurzeit in Therapie bei ..... <input type="checkbox"/> Therapie abgeschlossen <input type="checkbox"/> Gutachten liegt der Schule vor <input type="checkbox"/> Gutachten ist angefordert			
<b>Förderbedarf</b>  <input type="checkbox"/> festgestellt <input type="checkbox"/> Überprüfung beantragt <input type="checkbox"/> vermutet	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Hö <input type="checkbox"/> Seh
	<input type="checkbox"/> LRS - Störung		<input type="checkbox"/> LRS-Schwäche	<input type="checkbox"/> Dyskalkulie
	<input type="checkbox"/> diagnostische Unterlagen werden der Schule vorgelegt			
<b>IntegrationshelferIn</b>  <input type="checkbox"/> eingesetzt, ab Klassenstufe: <input type="checkbox"/> beantragt	<b>Ist bereits ein Geschwisterkind an der Schule?</b> <input type="checkbox"/> ja, Name: _____ <input type="checkbox"/> nein			
<b>Frühförderung</b>	<input type="checkbox"/> ja Grund: .....			
<b>Nachmittagsbetreuung</b>	<input type="checkbox"/> bis 15 Uhr		<input type="checkbox"/> bis 17 Uhr	
<b>Anmerkungen</b>				