

Schulanmeldung



1. Schüler

Familienname, Rufname, weitere Vornamen			Anschrift
Geburtsdatum	Bekenntnis	Staatsangehörigkeit	
Geburtsort (Landkreis, Land)			
Einschulung (1.Klasse) am			Monat/Jahr
Tel.:			

2. Erziehungsberechtigte

<input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vormund <input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> <input type="text"/>
Name, Vorname	Name, Vorname
Anschrift (falls abweichend von Schüleranschrift)	Anschrift (falls abweichend von Schüleranschrift)
Tel.:	Tel.:
Mobil:	Mobil:
Arbeit:	Arbeit:
Email:	Email:
für ESIS = Eltern-Schüler-Informationssystem	für ESIS = Eltern-Schüler-Informationssystem

3. Person, die den Schüler betreut (falls nicht zugleich Erziehungsberechtigte/r)

Art des Verhältnisses zum Schüler (z.B. Verwandte/r, Pflegemutter, Heimleiter, etc.)	Anschrift
Name, Vorname, ggf. Bezeichnung des Heims	
	Tel.:

4. Weitere Angaben über den Schüler

Zahl der Geschwister, Geburtsjahre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hat das Kind einen Kindergarten besucht	<input type="radio"/> Ja <input type="text"/> Jahre/Monate	<input type="radio"/> Nein
Freiwillige Angaben, die für Erziehung und den Schulbetrieb von Bedeutung sind (z.B. besondere körperliche, geistige oder charakterliche Eigenschaften)	<input type="text"/>	

Bei Zugang in die BRD

Datum	Herkunftsland	Nichtdeutsches Geburtsland
<input type="checkbox"/> Flüchtling <input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> Aussiedler	<input type="checkbox"/> Kriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylbewerber anerkannt <input type="checkbox"/> sonst. Zuzug	<input type="checkbox"/> Ausländer (nicht Asylbewerber) <input type="checkbox"/> Asylbewerber geduldet <input type="checkbox"/> Flüchtling

Vorgelegte Urkunden und Nachweise

<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Gesundheitsnachweis	<input type="checkbox"/> Familienstammbuch <input type="checkbox"/> Meldebescheinigung/-bestätigung	<input type="checkbox"/> Sorgerechtsbeschluss bei Alleinerziehender <input type="checkbox"/> Ausweis/Reisepass
---	--	---

Schulanmeldung



5. Weitere Angaben

Zuletzt besuchte Klasse: <input type="text"/> <input type="radio"/> GS <input type="radio"/> MS <input type="radio"/> RS <input type="radio"/> Gy <input type="radio"/> <input type="text"/>	Zuletzt besuchte Schule
Religionsunterricht: <input type="radio"/> rk <input type="radio"/> ev <input type="radio"/> Ethik <input type="radio"/> <input type="text"/>	
Ab Jgst. 7 <input type="radio"/> Kunst <input type="radio"/> Musik	
Ab Jgst. 8 <input type="radio"/> Technik (Te) <input type="radio"/> Wirtschaft und Kommunikation (WiK) <input type="radio"/> Ernährung und Soziales (ES)	

Offene Ganztagesklasse / Mittagsbetreuung	Interesse an <input type="radio"/> 2 Tagen <input type="radio"/> 3 Tagen <input type="radio"/> 4 Tagen <input type="radio"/> kein Interesse
---	---

Der folgende Fragebogen dient der Information des Lehrers, damit er auf eventuelle Beschwerden und Entwicklungsschwierigkeiten angemessen eingehen kann. Die Angaben werden zum Schülerakt Ihres Kindes gegeben und von der Schule vertraulich behandelt. Sämtliche Angaben sind freiwillig.

Hatte Ihr Kind bereits folgende Kinderkrankheiten?

<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> Keuchhusten
<input type="checkbox"/> Windpocken	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Mumps	

Neigt Ihr Kind zu folgenden Krankheiten?

<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> Bettnässen
<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Hautausschlag	<input type="checkbox"/> Allergien <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen		

Liegen weitere schwere Krankheiten/Störungen vor?

Besteht eine Dauermedikation? Ja Nein

Eine Berücksichtigung im Unterricht kann notwendig werden durch:			
<input type="checkbox"/> Ohrenleiden / Gehör	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Augenleiden	<input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit	<input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Stottern	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Sprachfehler	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Lese- /Rechtschreibstörung	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> ADS/ADHS			

Anschrift des Hausarztes	Krankenversicherung des Kindes
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sonstige Angaben:

Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten