

Anmeldung Städtische Gemeinschaftsgrundschule Oberwinzerfeld

Bitte füllen Sie das Formular in **DRUCKBUCHSTABEN** aus!

Angaben zum Kind	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer:	PLZ, Ort:
Geburtsort:	Geburtsland:
1. Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	2. Staatsangehörigkeit:
Konfession: <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> ev. <input type="checkbox"/> isl. <input type="checkbox"/> ohne Bekenntnis Sonstige: _____	Teilnahme am Religionsunterricht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Migrationshintergrund <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Zuzugsjahr _____	Muttersprache: _____
Deutschkenntnisse: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> keine	Sprache in der Familie: _____
Betreuungswunsch: <input type="checkbox"/> OGS <input type="checkbox"/> VV <input type="checkbox"/> keine	
Impfstatus Masern: <input type="checkbox"/> vollständig geimpft <input type="checkbox"/> nicht geimpft	
Kindertagesstätte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ab wann: _____	
<input type="checkbox"/> unter 1 Jahr <input type="checkbox"/> 1 bis unter 2 Jahren <input type="checkbox"/> 2 bis unter 3 Jahre <input type="checkbox"/> 3 Jahre und mehr	
<input type="checkbox"/> Städtischer Kindergarten Oberwinzerfeld <input type="checkbox"/> AWO Kindergarten Winz-Baak <input type="checkbox"/> Ev. Kindergarten Winz-Baak <input type="checkbox"/> Kath. Kindertageseinrichtung Heilig Geist <input type="checkbox"/> andere _____	
Hiermit entbinde ich die Erzieherin/ den Erzieher aus o. g. Kita gegenüber der Schule/ SOZ.päd./ Sonderpäd. von der Schweigepflicht zur Aufnahme von Gesprächen über mein Kind.	
Unterschrift der Erziehungsberechtigten _____	
Beginn der Schulpflicht gemäß §35 SchulG Einschulungsart: <input type="checkbox"/> regulär <input type="checkbox"/> vorzeitig (geb. nach 30.09.) <input type="checkbox"/> nach einem Jahr Rückstellung	<input type="checkbox"/> Wunsch auf Rückstellung und Beratung durch die Schulleitung Grund _____ <input type="checkbox"/> AO-SF

Gesundheitliche Beeinträchtigungen und / oder körperliche Beeinträchtigungen des Kindes	
Allergien / Krankheiten: _____ Seh-/Hörschwäche: _____	
Medikamenteneinnahme: _____ sprachliche Auffälligkeiten: _____	
Bislang durchgeführte Therapie: <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> sonstige Therapien: _____ seit: _____	
Sonstige Bemerkungen: _____	
Maximal 2 gewünschte Kinder für die Klasse (wir bemühen uns einen der gewünschten Wünsche zu erfüllen.)	
Erstwunsch : _____	Zweitwunsch: _____
Erziehungsberechtigte (Bitte legen Sie gegebenenfalls einen entsprechenden Nachweis oder Bescheinigung bei.)	
<input type="checkbox"/> beide Eltern <input type="checkbox"/> nur die Mutter <input type="checkbox"/> nur der Vater	
<input type="checkbox"/> andere Person Name: _____ Vorname: _____ Adresse: _____ Telefon: _____	
Angaben zur Mutter	
Name: _____ Vorname: _____	
Handy-Nr.: _____ Telefon: _____	
@mail: _____	
Geburtsland: _____ Staatsangehörigkeit: _____ Zuzugsjahr nach D: _____	
Angaben zum Vater	
Name: _____ Vorname: _____	
Handy-Nr.: _____ Telefon: _____	
@mail: _____	
Geburtsland: _____ Staatsangehörigkeit: _____ Zuzugsjahr nach D: _____	
Wichtige Kontaktdaten:	
Notfallnummer (gute Erreichbarkeit / von z.B. Oma, Tante, etc.):	
1. _____ von: _____	2. _____ von: _____

Geburtsurkunde liegt dem Antrag bei ja nein

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt. Änderungen werden unaufgefordert der Schule mitgeteilt.

Datum: _____
Unterschrift der Mutter
Unterschrift des Vaters