

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: _____	
Dauer des Kindergartenbesuches <input type="checkbox"/> unter 1 Jahr <input type="checkbox"/> 1 bis 2 Jahren <input type="checkbox"/> 2 bis 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"/> 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:

Logopädie Ergotherapie sonstige Therapien: _____ seit: _____

Sonstige Bemerkungen: _____

Erziehungsberechtigte (Bitte legen Sie gegebenenfalls einen entsprechenden Nachweis oder Bescheinigung bei.)

beide Eltern nur die Mutter nur der Vater getrennt lebend

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:

Weitere Notfallnummern (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