

Anmeldung an der Grundschule _____ am _____

Name des Kindes:		Vorname des Kindes:	
Geboren am:		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsort:		Geburtsland:	
Staatsangehörigkeit:			
Bei Migrationshintergrund:			
Erstsprache (Kind): _____		Geburtsland (Mutter): _____	
Zweitsprache (Kind): _____		Geburtsland (Vater): _____	
Zuzugsjahr (Kind): _____			
Konfession:			
<input type="checkbox"/> römisch-katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> islamisch <input type="checkbox"/> alevitisch <input type="checkbox"/> jüdisch <input type="checkbox"/> orthodox <input type="checkbox"/> syrisch-orthodox <input type="checkbox"/> ohne Konfession <input type="checkbox"/> andere Konfession: _____			
Name, Vorname der Mutter :		Name, Vorname des Vaters :	
Erziehungsberechtigte(r):			
<input type="checkbox"/> beide Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> _____ <small>Name, Vorname (ggf. Verwandtschaftsverhältnis)</small>			
Anschrift(en) der/des Erziehungsberechtigten (Straße u. Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)			
Telefonnummern der Erziehungsberechtigten:			
Weitere Telefonnummer:		Name:	
E-Mail-Adressen der Erziehungsberechtigten:			
Geschwisterkind(er) an der Schule:		Krankenkasse d. Kindes: _____	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Klasse(n): _____		mitversichert bei <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater	

Kindergartenbesuch	
<input type="checkbox"/> ja, Dauer des Kindergartenbesuchs: _____ Jahr(e) _____ Monat(e) <input type="checkbox"/> nein	
Angaben zur Kindertageseinrichtung	Anschrift der Kindertageseinrichtung:
Integrativer Platz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name: _____
Auskunftserlaubnis <input type="checkbox"/> ja, siehe Erklärung <input type="checkbox"/> nein	Straße: _____
Sprachförderung im Kindergarten (ggf. nach Delfin 4-Testung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ort: _____
	Telefon: _____

Besondere Gründe für die Auswahl dieser Schule (bitte erläutern)
Falls mein / unser Kind an dieser Grundschule nicht aufgenommen werden kann, wäre der Zweitwunsch :
<small>Datum</small> _____ <small>Unterschrift(en) des/der Erziehungsberechtigten</small> _____ Mit dieser Unterschrift wird bestätigt, dass das Kind nur an dieser Grundschule angemeldet wurde.

von der Schulleitung auszufüllen:

Nachweis Masernschutz	Interesse an der OGS	Termin z. Vorstellung d. Kindes: _____
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ärztl. Zeugnis (bei Kontraindikation bzw. nach Erkrankung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sprachförderung erforderlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein