



## Anmeldeblatt für Schulanfänger

<b>Name</b> des Kindes	<b>Vorname</b> des Kindes (bitte mit Zweitnamen)	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
geboren am	in	
Land	Staatsangehörigkeit	
Anschrift _____, 67117 Limburgerhof		
<b>Konfession</b> <input type="checkbox"/> ev. Religion <input type="checkbox"/> kath. Religion <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> andere _____		
<b>Teilnahme am</b> <input type="checkbox"/> Religionsunterricht ev. <input type="checkbox"/> Religionsunterricht kath. <input type="checkbox"/> Ethik		
Bei anderer Religion: Teilnahme am Schulgottesdienst aus religiösen Gründen erlaubt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Falls keine Ethikgruppe möglich ist: Teilnahme am <input type="checkbox"/> Religionsunterricht ev. <input type="checkbox"/> Religionsunterricht kath. <input type="checkbox"/> kein Religionsunterricht (Betreuung in einer Klasse)		
Welche <b>Sprache</b> wird zu Hause neben Deutsch noch gesprochen? _____ <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> überwiegend		
Muttersprachlicher Unterricht erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kind lebt seit _____ in Deutschland (betrifft Kinder mit anderer Staatsangehörigkeit)		
<b>Einverständnis für die Veröffentlichung</b> von selbstverfassten Texten, selbstgemalten Bildern, Fotos und Videos des Kindes (ohne Namenszuordnung) im <input type="checkbox"/> Internet (Zeitungsberichte, Amtsblatt, DHS-Homepage) <input type="checkbox"/> im Schulhaus (Aushang, Klassensaal) <input type="checkbox"/> Schulaktionen (Ausstellungen) <input type="checkbox"/> Einverständnis für das Anfertigen von Porträtfotos durch den Schulfotografen. (Widerruf jederzeit möglich)		
<b>Weitere Angaben zum Kind</b> <input type="checkbox"/> reguläre Einschulung <input type="checkbox"/> zurückgestellt am _____ <input type="checkbox"/> Antrag auf Rückstellung liegt bei. <input type="checkbox"/> Betreuende Grundschule (Anträge werden in der Schule gestellt, Formulare liegen dort vor.) <input type="checkbox"/> Hort <input type="checkbox"/> GTS		



- Seite 2 -

<b>Vor- und Zuname der Mutter</b>  Mutter-/ Herkunftssprache: _____	<b>Vor- und Zuname des Vaters</b>  Mutter-/ Herkunftssprache: _____
<b>Anschrift</b>	<b>Anschrift</b>
<b>Telefon privat:</b> Handy: _____ geschäftlich: _____ Email: _____	<b>Telefon privat:</b> Handy: _____ geschäftlich: _____ Email: _____
<b>Sorge- / Erziehungsberechtigt:</b> <input type="checkbox"/> beide <input type="checkbox"/> nur Mutter <input type="checkbox"/> nur Vater (Nachweis liegt vor.)	
Personen oder Institution, die ohne das Sorgerecht zu besitzen, tatsächlich die Erziehung übernommen hat und / oder bei der das Kind tatsächlich untergebracht ist. <b>Vor- und Zuname:</b> _____ Anschrift: _____ Telefon privat: _____ Handy: _____ geschäftlich: _____	
<input type="checkbox"/> vorgelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> Abstammungsurkunde <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> nachgereicht am _____	
Bescheinigung über den Kindergartenbesuch <input type="checkbox"/> vorgelegt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> nachgereicht am _____ Das Kind besuchte _____ Jahre den Kindergarten _____ In _____ Gruppe: _____ Das Kind hat _____ Geschwister im Alter von _____ Jahren. Mein Kind möchte nach Möglichkeit mit einem von den genannten Kindern in die gleiche Klasse: 1. _____ 2. _____	



- Seite 3 -

Hat das Kind zusätzlich zum Besuch des Kindergartens zur Förderung seiner Entwicklung Therapien durchlaufen oder wird zur Zeit noch therapiert? (z. B. Ergotherapie, Logopädie u. ä.)

Therapie: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

Therapie: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

Es liegen folgende Behinderungen und Krankheiten vor, die für den Schulalltag von Bedeutung sind:

Mein Kind muss folgende **Medikamente** regelmäßig einnehmen:

keine  \_\_\_\_\_

muss folgendes Medikament **während der Schulzeit** einnehmen: \_\_\_\_\_

Haus- / Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Unser Kind kam als Frühgeborenes auf die Welt  ja \_\_\_\_\_ Woche  nein

Ansprechpartner für den Notfall, falls Sie nicht erreichbar sind:

Name: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Limburgerhof, den \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Unterschrift des / der Sorgeberechtigten

Anmeldung wurde entgegengenommen von \_\_\_\_\_

Unterschrift