



Eintritt: 1.8.2016
Jahrgangsstufe _____

oder unterjährig zum _____
Jahrgangsstufe _____

Für das Kind

| | | | |
|--|---|--|---|
| Name des Kindes | | | |
| Vorname(n) des Kindes | | | |
| Geburtsdatum | | Mädchen <input type="radio"/> | Junge <input type="radio"/> |
| Geburtsort,-land | | | |
| Nationalität: | | Bekenntnis/Religion: | |
| Straße/Hausnr. | | | |
| PLZ Stadt | | | |
| Bish. Kindergarten, Anschrift, Telefon, Dauer des Besuches | | | |
| Dürfen wir beim Kindergarten Auskünfte über Ihr Kind einholen | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | Montessorikindergarten <input type="radio"/> | |
| zuständige/bisherige (Sprengel-)Schule genaue Anschrift und Telefon | | | |
| Wurde Ihr Kind im Vorjahr zurückgestellt? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | Grund: | |
| Haben Sie Ihr Kind an einer anderen Schule angemeldet? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | wo? | |
| Hat Ihr Kind das Klassenziel erreicht? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> (nur ausfüllen, wenn bereits eingeschult) | | |
| Hat Ihr Kind den „Quali“ bestanden? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> (nur ausfüllen, wenn 9. Klasse abgeschlossen) | | |
| Hat Ihr Kind an folgenden Untersuchungen teilgenommen? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Vorsorgeuntersuchung U9 ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> apparativer Seh-/Hör- und Sprachtest | | |
| Therapie | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | Art der Therapie: | |
| | von – bis: | | |
| Besonderheiten | Diagnose | Anlage: Entwicklungspsych. Gutachten <input type="radio"/> | |
| Sprachen (Niveau) | Deutsch <input type="radio"/> | Englisch <input type="radio"/> | _____ <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> |
| Geschwister (Name/Alter/Kindergarten/Schule) | | | |

Die Eltern:

| | | | | |
|---|--------------------------------|---|--|-----------------------------------|
| erziehungsberechtigt | beide <input type="radio"/> | Mutter alleine <input type="radio"/> | Vater alleine <input type="radio"/> | Sonstige <input type="radio"/> |
| Name, Vorname | Mutter | | Vater | |
| Abweichende Adresse | | | | |
| Nationalität | | | | |
| Telefon/mobil/Fax/ Bitte unbedingt eMail: | | | | |
| Beruf | | | | |
| Für unser Kind wünschen wir eine Betreuung Mo-Fr nach 15.30 Uhr bis _____ Uhrzeit | | | | |
| Wir sind bereits Mitglied im Förderverein ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Antrag siehe Anlage <input type="radio"/> | | | | |

Die Bearbeitungsgebühr von 80 € wurde am _____ überwiesen und ich bin in Kenntnis, dass sie unabhängig, d.h. auch im Falle einer Absage, fällig ist!

Für unsere Arbeitskreise freuen wir uns über Ihre Talente! Wie möchten Sie sich in die Schule einbringen :

Die Erhebung und die Verarbeitung der vorstehenden Daten sind nach Art. 3 des Bundesdatenschutzgesetzes zulässig.

| | |
|------------|---|
| Ort, Datum | Unterschrift ALLER Erziehungsberechtigten |
|------------|---|