

## Antrag auf Neuaufnahme Schuljahr 2018/19



- Anmeldung:  
(Kinder, die vom 01.10.2011 bis 30.09.2012  
geboren sind . Vollendung des 6. Lebensjahres bis  
zum 30.09.2017)
- Anmeldung auf Antrag:  
(Kinder, die ab dem 01.10.2012 geboren sind)

<b>Name des Kindes:</b>	<b>Vorname des Kindes (Rufname unterstreichen):</b>
<b>Straße u. Hausnummer:</b>	<b>PLZ/ Ort:</b>
<b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<b>Religion:</b>
<b>Geburtstag:</b>	<b>Geburtsort:</b>
<b>Staatszugehörigkeit:</b>	<b>Spätaussiedler/in:</b>
<b>e-mail Adresse:</b>	<b>Mobiltelefon:</b>
<b>Telefon:</b>	<b>Notfallnummer:</b>
<b>Busfahrkarte:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Einstiegshaltestelle:</b>
<b>Vorname u. Name der Mutter:</b>	<b>sorgeberechtigt:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Vorname u. Name des Vaters:</b>	<b>sorgeberechtigt:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Eltern leben:</b> <input type="checkbox"/> zusammen <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> Pflegeeltern	<input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in neuer Ehe <input type="checkbox"/> in neuer Partnerschaft <input type="checkbox"/> Adoptiveltern
<b>Herkunftsland der Mutter:</b> <b>Jetzige Staatsangehörigkeit:</b> <b>zur Zeit ausgeübte Berufstätigkeit:</b>	<b>Herkunftsland des Vaters:</b> <b>Jetzige Staatsangehörigkeit:</b> <b>zur Zeit ausgeübte Berufstätigkeit:</b>
<b>Welche Sprache wird zu Hause <u>vorwiegend</u> gesprochen?</b> <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Türkisch <input type="checkbox"/> Sonstige Sprache: _____	<b>Geburtsdaten der Geschwisterkinder</b> _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<b>Kindergarten:</b> _____ <b>(Name/Ort)</b>	<b>Besuchsdauer des Kindergarten</b> von _____ (Monat/Jahr) bis _____ (Monat/Jahr)
<b>Das Kind wird im Kindergarten integrativ betreut:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Teilnahme an einem Sprachförderkurs:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Vermuteter Bedarf an sonderpädagogische Förderung:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Welche Therapien hat ihr Kind bisher erhalten und/ oder sind vorhergesehen?</b>	<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Sensorische Integration <input type="checkbox"/> Motopädie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> _____

<b>Erhielt das Kind vor Kindergarteneintritt eine Frühförderung/ Logopädie etc.)?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
<b>Besondere Erkrankung im frühen Kindesalter?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
<b>Nimmt das Kind z. Zeit Medikamente?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
<b>Gab es in der Entwicklung ihres Kindes irgendwelche Besonderheiten?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
<b>Besondere Bemerkungen (z.B. Allergien, chron. Erkrankungen)</b>	
<b>Mein/ unser Kind soll am herkunftsprachlichen Zusatzunterricht teilnehmen, wenn dieser angeboten wird:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, in welcher Sprache _____

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten