

Antrag auf Neuaufnahme Schuljahr 2025/26

- Anmeldung:
(Kinder, die vom 01.10.2018 bis 30.09.2019
geboren sind – Vollendung des 6. Lebensjahres bis
zum 30.09.2025)
- Anmeldung auf Antrag:
(Kinder, die ab dem 01.10.2019 geboren sind)



Name des Kindes:	Vorname des Kindes (Rufname unterstreichen):
Straße u. Hausnummer:	PLZ/ Ort:
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Religion:
Geburtstag:	Geburtsort:
Staatszugehörigkeit:	Spätaussiedler/in:
e-mail Adresse: a) Mutter: _____ b) Vater: _____	Mobiltelefon: a) Mutter: _____ b) Vater: _____
Telefon (Festnetz):	Notfallnummer (immer erreichbar!): Name: _____ Nummer: _____
Busfahrkarte: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ►	Einstiegshaltestelle: _____
Vorname u. Name der Mutter: (Adresse, wenn abweichend vom Kind)	sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorname u. Name des Vaters: (Adresse, wenn abweichend vom Kind)	sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eltern leben: <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
Herkunftsland der Mutter: Jetzige Staatsangehörigkeit: _____ zur Zeit ausgeübte Berufstätigkeit: _____	Herkunftsland des Vaters: Jetzige Staatsangehörigkeit: _____ zur Zeit ausgeübte Berufstätigkeit: _____
Welche Sprache wird zu Hause <u>vorwiegend</u> gesprochen? <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Türkisch <input type="checkbox"/> Sonstige Sprache: _____	Geburtsdaten der Geschwisterkinder _____ <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
Kindergarten: _____ (Name/Ort)	Besuchsdauer des Kindergarten von _____ (Monat/Jahr) bis _____ (Monat/Jahr)

Das Kind wird im Kindergarten integrativ betreut: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Teilnahme an einem Sprachförderkurs: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vermuteter Bedarf an sonderpädagogische Förderung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ▶	Welcher? _____
Welche Therapien hat ihr Kind bisher erhalten und/ oder sind vorhergesehen? ▶	<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Sensorische Integration <input type="checkbox"/> Motopädie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> _____
Erhielt das Kind vor Kindergarteneintritt eine Frühförderung/ Logopädie etc.)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Besondere Erkrankung im frühen Kindesalter?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Nimmt das Kind z. Zeit Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Gab es in der Entwicklung ihres Kindes irgendwelche Besonderheiten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Besondere Bemerkungen (z.B. Allergien, chron. Erkrankungen) _____	Lebensmittelunverträglichkeiten: _____
Mittagessen: ▶	<input type="checkbox"/> klassisch <input type="checkbox"/> muslimisch <input type="checkbox"/> vegetarisch
Mein/ unser Kind soll am herkunftsprachlichen Unterricht (HSU, Angebot der Kreis Borkens, an einer anderen Schule) teilnehmen, wenn dieser angeboten wird: ▶	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, in welcher Sprache _____

Ort, Datum

Unterschrift(en) der Erziehungsberechtigten