



Aufnahmeantrag

Schuljahr 2019/2020 (Jahrgangsstufe 5)

A SCHÜLER(IN)

Name:		Geburtsort:	
Vorname(n):		evtl. Bundesland:	
Geburtsdatum:		Konfession:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	1. Staatsangehörigkeit:	
Straße:		2. Staatsangehörigkeit:	
PLZ / Wohnort:		ggf. Haltestelle:	
Ortsteil:		Herkunftsland ¹ :	
Telefon:		<input type="checkbox"/> nicht in Deutschland geboren (Kind)	
E-Mail-Adresse:		<input type="checkbox"/> mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren	
		<input type="checkbox"/> Verkehrssprache in der Familie ist nicht deutsch	

¹ nur ausfüllen, falls nicht „Deutschland“; graue Felder nur ausfüllen, falls nicht „deutsch“

Jahr der (Erst-)Einschulung: 1. August _____. Einschulungsart: vorzeitig; normal; zurückgestellt (Grundschule)

Bisher besuchte Schule(n) und ggf. wiederholte Klassen:

Klasse	Schuljahr	Name / Ort der Grundschule	Klasse	Schuljahr	Name / Ort der Grundschule
1. Klasse	20 /			20 /	
	20 /			20 /	
	20 /			20 /	
	20 /			20 /	

Vorschulische Sprachförderung in:

Übergangsempfehlung der Grundschule: HS RS GY eingeschränkt Gesamtschule

Gibt es einen bekannten Förderbedarf? LRS ADHS ADS Dyskalkulie Sonstige:

B GESETZLICHE VERTRETER

Mutter: oder <input type="checkbox"/> Lebenspartnerin Erziehungsber. <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein		Vater: oder <input type="checkbox"/> Lebenspartner Erziehungsber. <input type="checkbox"/> ja; <input type="checkbox"/> nein	
Name:		Name:	
Vorname(n):		Vorname(n):	
Adresse, wenn von Schüleradresse abweichend:		Adresse, wenn von Schüleradresse abweichend:	
Handy / dienstlich:		Handy / dienstlich:	
Im Notfall benachrichtigen: <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter	Sonstige:	Tel.:	
Sonstige(r) gesetzliche(r) Vertreter: <input type="checkbox"/> Vormund; <input type="checkbox"/> Betreuer; <input type="checkbox"/> Pflegeeltern; <input type="checkbox"/> Pate; <input type="checkbox"/> Sonstiges			
Institution / Name:		Straße:	
Telefon:		PLZ / Ort:	

C SONSTIGE ANGABEN

Krankenversicherung: _____ Windeck, _____ Datum [Unterschrift(en) der / des Erziehungsberechtigten]