



Bewerbungsformular für Seiteneinsteiger

Schuljahr 20 /20

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 Herkunftsland nicht „Deutschland“

Bisherige Schullaufbahn (max. die letzten 3 Schuljahre)

Eintritt in die Grundschule im Jahr: _____

Klasse	Schuljahr	Name / Ort der Schule	
Klasse	20 /		<input type="checkbox"/> Zeugniskopie vorhanden
Klasse	20 /		<input type="checkbox"/> Zeugniskopie vorhanden
Klasse	20 /		<input type="checkbox"/> Zeugniskopie vorhanden

Übergangsempfehlung der Grundschule:

Bekannte Diagnosen:	<input type="checkbox"/> LRS <input type="checkbox"/> ADHS <input type="checkbox"/> ADS <input type="checkbox"/> Dyskalkulie <input type="checkbox"/> Sonstige:
Gesundheitliche Einschränkungen:	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> körperlich. <input type="checkbox"/> Sonstige:
sonderpädagogischer Unterstützungsbedarf:	Seit:

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:	

Krankenkasse:

Windeck, _____

Datum

[Unterschrift(en) der / des Erziehungsberechtigten]

Gesamtschule Windeck

Hurster Straße 12
51570 Windeck



Telefon: 02292-5162
Fax: 02292-67273
Email: sekretariat@ge-windeck.de
www.gesamtschule-windeck.de

Vom Schüler auszufüllen:

Warum möchtest Du die Schule wechseln?

Wieso hast Du Dich / habt Ihr Euch für die Gesamtschule Windeck entschieden?

Was hast Du für Hobbys, Lieblingsfächer?

Was für Ziele möchtest Du an unserer Schule erreichen? (z.B. Schulabschluss, Ausbildung)

Ort, Datum

Unterschrift des Schülers