**Aufnahmeantrag** **Schuljahr 2024/2025** (Jahrgangsstufe 5)

**A SCHÜLER(IN)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |       | Geburtsort: |       |
| Vorname(n): |       | evtl. Bundesland: |       |
| Geburtsdatum: |       | Konfession: |       |
| Geschlecht: | [ ]  weiblich [ ]  männlich | 1. Staatsangehörigkeit: |       |
| Straße: |       | 2. Staatsangehörigkeit: |       |
| PLZ / Wohnort: |       | ggf. Haltestelle: |       |
| Ortsteil: |       | Herkunftsland1: |       |
| Telefon: |       | **☐** nicht in Deutschland geboren (Kind) |
| E-Mail-Adresse: |       | **☐** mindestens ein Elternteil **nicht**  in Deutschland geboren |
|  |  | **☐** 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 eine bekannte Teilleistungsschwäche? |  ☐ LRS ☐ ADHS ☐ ADS ☐ Dyskalkulie ☐ Sonstige: |
| Gibt es einen bekannten Förderbedarf?  |  ☐ GE ☐ LE ☐ SP ☐ KM ☐ ES |

**B GESETZLICHE VERTRETER**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Mutter*:** oder ☐ Lebenspartnerin Erziehungsber. ☐ ja; ☐ nein | ***Vater:*** oder ☐ Lebenspartner Erziehungsber. ☐ ja; ☐ nein |
| Name |       | Name: |       |
| Vorname(n): |       | Vorname(n): |       |
| Adresse, wenn von Schüleradresse abweichend: |       | Adresse, wenn von Schüleradresse abweichend: |       |
| Handy / dienstlich: |       | Handy / dienstlich: |       |
| Im Notfall benachrichtigen: **☐** Vater ☐ Mutter | Sonstige:        | Tel.:        |
| ***Sonstige(r) gesetzliche(r) Vertreter:* ☐** Vormund; **☐** Betreuer; **☐** Pflegeeltern; **☐** Pate; **☐** Sonstiges |
| Institution / Name: |       | Straße:  |       |
| Telefon: |       | PLZ / Ort: |       |

**C SONSTIGE ANGABEN**

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Windeck, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort, Datum [Unterschrift(en) der / des Erziehungsberechtigten]