**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]