



Anmeldung

Aufnahme in:

Klasse: _____

Klassenlehrer: _____

Personalien des Kindes:

Name: _____

Vorname: _____

Namenszusatz: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Straße: _____

PLZ: _____ **Ort:** _____

Telefon: _____

Notfallnummer: _____

Mobilnummer: _____

eMail: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Religion: _____

Staatsangehörigkeit: _____

lebt in Deutschland seit: _____

Personalien der Eltern:

Erziehungsberechtigt sind: beide Elternteile: Mutter: Vater:

Personalien der Mutter:

Personalien des Vaters:

Vorname: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Nachname: _____

Anschrift (falls abweichend):

Anschrift (falls abweichend):

Straße: _____

Straße: _____

PLZ: _____ **Ort:** _____

PLZ: _____ **Ort:** _____

Geburtsland der Mutter: _____

Geburtsland des Vaters: _____

Sprache im Elternhaus: _____

Weitere Anmerkungen:

Schullaufbahn:

Erste Einschulung: _____

zurückgestellt: ja nein Schulkindergarten: ja nein

Schuljahr:	Klasse:	Schule:
/		
/		
/		
/		

Förderschwerpunkte:

Förderschwerpunkte			Festgestellt von:	Unterlagen:	
getestet auf LRS / Legasthenie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
getestet auf Dyskalkulie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
getestet auf AD(H)S	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
VO-SF durchgeführt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hörbehinderung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sehbehinderung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sprachbehinderung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Körperbehinderung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Krankheiten (<i>Diabetes, Asthma etc.</i>)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Verhaltensauffälligkeiten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	_____	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____			_____	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Empfangsbescheinigung und Einverständniserklärung:

Ich / Wir habe(n) nachfolgende Unterlagen, Informationen und Merkblätter erhalten:

- Schulordnung der Caspar-Heinrich-Schule
- Merkblatt zu Schulversäumnissen
- Merkblatt zum Infektionsschutzgesetz

- Ich / Wir sind einverstanden, dass Bildaufnahmen meines / unseres Kindes (gemäß § 22 KunstUrhG und § 120 SchulG), die im Rahmen von Schule, des Unterrichts oder bei Veranstaltungen des Schullebens gemacht worden sind, veröffentlicht werden dürfen (z.B. auf der Schulhomepage, auf Stellwänden im Schulgebäude, in der Presse und bei Festen und Feiern).

Ich / Wir bestätige/n durch meine / unsere Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben.

Bad Driburg, den _____

Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten