

Antrag auf Neuaufnahme Schuljahr 2024/25



- Anmeldung:
(Kinder, die vom 01.10.2017 bis 30.09.2018
geboren sind – Vollendung des 6. Lebensjahres bis
zum 30.09.2024)
- Anmeldung auf Antrag:
(Kinder, die ab dem 01.10.2018 geboren sind)

Name des Kindes:	Vorname des Kindes (Rufname unterstreichen):
Straße u. Hausnummer:	PLZ/ Ort:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Religion:
Geburtstag:	Geburtsort:
Staatszugehörigkeit:	Spätaussiedler/in:
e-mail Adresse:	Mobiltelefon:
Telefon:	Notfallnummer:
Busfahrkarte: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶	Einstiegshaltestelle:
Vorname u. Name der Mutter:	sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorname u. Name des Vaters:	sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eltern leben: <input type="checkbox"/> zusammen <input type="checkbox"/> alleinerziehend <input type="checkbox"/> Pflegeeltern	<input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in neuer Ehe <input type="checkbox"/> in neuer Partnerschaft <input type="checkbox"/> Adoptiveltern
Herkunftsland der Mutter: Jetzige Staatsangehörigkeit: zur Zeit ausgeübte Berufstätigkeit:	Herkunftsland des Vaters: Jetzige Staatsangehörigkeit: zur Zeit ausgeübte Berufstätigkeit:
Welche Sprache wird zu Hause <u>vorwiegend</u> gesprochen? <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Türkisch <input type="checkbox"/> Sonstige Sprache: _____	Geburtsdaten der Geschwisterkinder _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Kindergarten: _____ (Name/Ort)	Besuchsdauer des Kindergartens von _____ (Monat/Jahr) bis _____ (Monat/Jahr)
Das Kind wird im Kindergarten integrativ betreut: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Teilnahme an einem Sprachförderkurs: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vermuteter Bedarf an sonderpädagogische Förderung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Welche Therapien hat ihr Kind bisher erhalten und/ oder sind vorhergesehen?	<input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Sensorische Integration <input type="checkbox"/> Motopädie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> _____

Erhielt das Kind vor Kindergarteneintritt eine Frühförderung/ Logopädie etc.)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Besondere Erkrankung im frühen Kindesalter?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Nimmt das Kind z. Zeit Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Gab es in der Entwicklung ihres Kindes irgendwelche Besonderheiten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____
Besondere Bemerkungen (z.B. Allergien, chron. Erkrankungen) ▶	
Mein/ unser Kind soll am herkunftsprachlichen Zusatzunterricht teilnehmen, wenn dieser angeboten wird:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, in welcher Sprache _____

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten