

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ vorzeitige Einschulung:

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon Mutter: \_\_\_\_\_ Telefon Vater: \_\_\_\_\_

Notfallnummer/Mobil: Mutter \_\_\_\_\_ Vater \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Name, Vorname der Mutter: \_\_\_\_\_

Geburtsland der Mutter: \_\_\_\_\_ nat.: \_\_\_\_\_

Abweichende Adresse: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Vaters: \_\_\_\_\_

Geburtsland des Vaters: \_\_\_\_\_ nat.: \_\_\_\_\_

Abweichende Adresse: \_\_\_\_\_

Sorgerecht:  beide  Mutter  Vater  Vormund

Schulbezirk:  ja  nein

Konfession: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Seit wann in Deutschland (**genaues Datum**) (falls nicht hier geboren): \_\_\_\_\_

Verkehrssprache der Familie: \_\_\_\_\_

Deutschkenntnisse:  sehr gut  mittelmäßig  kaum  gar nicht

Wächst Ihr Kind zweisprachig auf? Ja  nein

Wenn ja, welche Sprache:

Albanisch	Farsi (persisch)	Kroatisch	Portugiesisch
Arabisch	Griechisch	Kurdisch	Spanisch
Bosnisch	Italienisch	Polnisch	Türkisch

Anzahl der Geschwister: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Davon in der Engelsbachschule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

- Kindergarten:  Heilig Geist, Waldauweg 1  
 Auferstehung, Haager Weg 40  
 St. Barbara, Röttgener Str. 32  
 Heilpädagogische Kindertagesstätte „Cläre-Grüneisen“  
 Pustebume Röttgen  
 Lengsdorf Schulstraße  
 Sonstiger (Name, Adresse)

Dauer des Kindergartenbesuchs:

- Masernimpfung:**  ja (2x)  Einsicht genommen (wird durch Schulleitung ausgefüllt)  
 nein bzw. Besonderheiten:

---

**Für Quereinsteiger:**

Adresse der letzten Schule \_\_\_\_\_

Abmeldedatum Schule / zu wann Aufnahme \_\_\_\_\_

Jahr der Einschulung / zuletzt besuchter Jahrgang \_\_\_\_\_

---

Mit der Weitergabe meiner Adresse im schulischen Bereich (z.B. Klassenliste) bin ich  
 einverstanden /  nicht einverstanden.

Ich bin damit  einverstanden /  nicht einverstanden, dass ein Informationsaustausch  
für einen bestmöglichen Schulanfang mit dem Kindergarten stattfindet.

Ich bin damit  einverstanden /  nicht einverstanden, dass mein Kind auf Fotos im  
Schulgebäude oder schulischen Präsentationen veröffentlicht werden darf.

Ich bin damit  einverstanden /  nicht einverstanden, dass in der Schule der Kopf  
meines Kindes untersucht wird, falls Läuse in der Schule auftreten.

Es laufen folgende therapeutische Behandlungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum:

\_\_\_\_\_ Unterschrift der Erziehungsberechtigten:

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

---

Hinweis zum Datenschutz:

Die erfragten Angaben werden zur Anmeldung Ihres Kindes zur Grundschule gemäß Schulpflichtgesetz NW vom 2.2.1980 in  
Verbindung mit §12 Datenschutzgesetz NW vom 15.3.1988 erhoben.