

Kath Schulbezirk Kann Geschwister AOSF **OGS**

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: _____

Einsicht in Taufurkunde genommen (wird durch Schulleitung ausgefüllt)

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: _____

b.w. 

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

Dauer des Kindergartenbesuchs bis Einschulung: _____ Jahre

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.